

การวิจัยและพัฒนากระบวนการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่สถานีอนามัยตำบล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

The Research and Development of Hypertensive Patient Service System at
Health Centers in Phon District, Khon Kaen, Thailand.



วิทยาลัยการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย และคณะ

โรงพยาบาลพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น
โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



เมษายน 2542

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของ ศาสตราจารย์ นพ. ปิยทัศน์ ทัศนาวินัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้ให้ คำปรึกษา คำแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ และชี้แนะแนวทางที่เป็น ประโยชน์อย่างดีมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบ ขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัย ครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพล สถานีอนามัยตำบล เพ็กใหญ่ สถานีอนามัยตำบลโคกสง่า สถานีอนามัยตำบลเก่าจิว สถานีอนามัยตำบลลอมคอม ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและให้ความสะดวกในการทำวิจัย

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และโครงการสนับสนุนทางวิชาการด้านการวิจัย เพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุข พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ให้การสนับสนุนเงินทุนในการจัด- ทำวิจัย ขอขอบคุณคุณเพชร กระจิตรี และคุณศศิธร ศรีวิเศษ ที่จัดพิมพ์รายงานการวิจัยครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี หายที่สุดนี้ ขอขอบคุณผู้ป้วยความดันโลหิตสูงทุกท่าน ที่กรุณาเป็นแหล่ง ความรู้ ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำไปเป็นประโยชน์ เพื่อการพัฒนางานบริการผู้ป้วยความดันโลหิตสูงให้มี คุณภาพยิ่งขึ้น

คณะผู้วิจัย

ชื่อเรื่อง ; การวิจัยและพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่สถานีนอนามัยตำบล
อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

ผู้วิจัย : สุวรรณชัย วัฒนาอิงเจริญชัย
มาลินันท์ พิมพ์พิสุทธิพงศ์
วีระศักดิ์ สืบเสาะ
ภานุมาศ ปุสธรรม และคณะ

ที่ปรึกษา : ศาสตราจารย์ นพ. ปิยทัศน์ ทัศนาวินวัฒน์

แหล่งเงินทุน : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ปี พ.ศ. : 2540-2541

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการ เพื่อศึกษาคุณภาพของการให้บริการ ภายใต้การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง และพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมกับสถานีนอนามัย ดำเนินการเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนปฏิบัติการ ปฏิบัติการ และวิเคราะห์สรุป โดยคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง (รักษาด้วย Hydrochlorothiazide และ/หรือ Methyldopa) ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลพล ที่สมัครใจรับการรักษาต่อ ณ สถานีนอนามัย และโรงพยาบาลแห่งละ 43 คน ในช่วงเดือน เมษายน-กันยายน พ.ศ. 2541 ทำการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิธีสำรวจคุณลักษณะของกลุ่มผู้ป่วย วัดระดับความดันโลหิต บันทึกการมาตามนัด และค่าใช้จ่าย ตลอดการวิจัย แล้ววิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติวิเคราะห์ t-test และ chi-square ตามลำดับ

ผลการวิจัย พบว่า

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 70 มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรสคู่ และอยู่ด้วยกันเป็นส่วนใหญ่ อาชีพหลักคือ เกษตรกรรม รายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2,001-3,000 บาท ต่อเดือน โดยมีสิทธิการรักษาที่สอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วย

2. รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนอนามัย

หลังการศึกษาวิจัย พบว่า ขั้นตอนการจัดระบบบริการของแต่ละสถานีนอนามัย มีลักษณะร่วมที่คล้ายคลึงกัน คือ การค้นบัตรนัดล่วงหน้า ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ให้สุขศึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม จัดกิจกรรมร่วมกัน จ่ายยาพร้อมคำแนะนำ กำหนดวันนัดครั้งต่อไป ลงทะเบียนรายงาน และเก็บบัตรลงในกล่องนัด ในผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดจะให้บริการตามระบบปกติหรือเข้าสู่ระบบติดตามเยี่ยมบ้านต่อไป

จากระบบเดิมที่รวมศูนย์การรักษาที่โรงพยาบาล ได้มีการปรับเปลี่ยน โดยผู้ป่วยที่รับการรักษาจนสามารถควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ตามหลักเกณฑ์การส่งต่อ จะถูกส่งไปรับบริการที่สถานีนอนามัยใกล้บ้าน และมีการส่งกลับมาโรงพยาบาลเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางภาวะแทรกซ้อน

3. คุณภาพของการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

3.1 การควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่า ค่าเฉลี่ยของ SBP และ DBP ทั้งสองกลุ่มเท่ากับหรือต่ำกว่า 140 และ 90 มม.ปรอท ตามลำดับ และไม่มีความแตกต่างกันระหว่างสถานบริการ (เมื่อทดสอบด้วยสถิติ T-test) ส่วนการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ พบว่า กลุ่มรับบริการที่สถานีนอนามัย คิดเป็นร้อยละ 55.81 และกลุ่มที่รับบริการที่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 62.79 โดยไม่มีความสัมพันธ์กับบริการที่รักษา (เมื่อทดสอบสถิติด้วย χ^2 -test)

3.2 ความร่วมมือในการรักษา พบว่า กลุ่มผู้รับบริการที่สถานีนอนามัย มีความต่อเนื่องของการรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 90.69 ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่โรงพยาบาลร้อยละ 83.72 โดยไม่มีความสัมพันธ์กับสถานบริการที่รักษา (เมื่อทดสอบสถิติด้วย χ^2 -test) ด้านการมาตรงตามวันนัดหมาย พบว่า กลุ่มผู้รับบริการที่สถานีนอนามัย มาตรงตามวันนัดในอัตราส่วนที่มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มรับบริการที่โรงพยาบาล อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สามารถจัดระบบบริการที่สถานีนอนามัยได้ดีกว่า

3.3 ค่าใช้จ่ายเมื่อไปรับบริการ พบว่า ผู้ป่วยสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายด้านอาหารมากที่สุด ในสัดส่วน 1 ต่อ 8.23 ขณะที่ค่ายา จะแปรตามความจำเป็นที่ต้องใช้ยาแต่ละชนิดของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เช่นเดียวกับค่ายานพาหนะจะแปรสภาพตามความเป็นอยู่ของผู้ป่วยแต่ละราย

3.4 ผลข้างเคียงจากการรับประทานยา Hydrochlorothiazide และ Methyldopa พบว่า ในกลุ่มรักษาที่สถานีนอนามัย มีรายงานผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ปากแห้ง แขนขาอ่อนแรง ใจสั่น โดยพบว่า การเกิดผลดังกล่าวใกล้เคียงกับอัตราการเกิดผลข้างเคียงเมื่อบริโภคนานี้ตามปกติ

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อการมารับบริการที่สถานีนามัย

4.1 จากการสัมภาษณ์ พบว่า ระดับความพึงพอใจต่อการมารับบริการใน 5 ด้าน คือ ความสะดวกที่ได้รับ, ทัศนียภาพ, ความสนใจของเจ้าหน้าที่, สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์, คุณภาพบริการ และค่าใช้จ่าย อยู่ในเกณฑ์พึงพอใจมาก

4.2 จากการสนทนากลุ่ม พบว่า โดยส่วนรวมผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อระบบบริการที่สถานีนามัย นอกจากนั้น ผู้ป่วยรู้สึกว่าการเดินทางไปรับบริการที่สถานีนามัยปลอดภัยมากกว่าการมาโรงพยาบาล ตลอดจนสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดีขึ้น

TITLE : The Research and Development of Hypertensive Patient Service-
System at Health Centers in Phon District, Khon Kaen, Thailand.

RESEARCHER: Suwannachai Wattanayingcharoenchai
Malinun Phimphisutthiphong
Weerasak Seabsoh
Panumas Napholmuang

CONSULTANT: Professor Dr. Pyatat Tatsnavivat

SPONSER : Health System Research Institute

TIME : 1997-1998

Abstract

This research is a participation action research. The objects of this study were establish an appropriate service system with effectiveness, efficiency and responsiveness to the needs of the patients and their families. The research was conducted under the action research principle, and divided into 3 phases: pre-operational, operational and final analysis phase. Participants were 46 mild to moderate degree of Hypertensive patients (treated by Hydrochlorothiazide or Methyldopa) of the Phon Hospital HT clinic. They were divided equally in 2 groups: (1) accepted to be referred to the well-selected health centers and (2) still treated at the hospital. Implementation and data collection were conducted at the health centers during April-September 1999 by using focus group discussion, in-depth interviews, observation and operational card. Control of blood pressure level, compliance, expenses and satisfaction were used as indicators to compare the service quality between health center and hospital. Chi-square and T-test was used to analyze the quantitative data, and content analysis for the qualitative data.

Results

1. The general participants data.

Over 70% of participants were female, 50 years old and up, married, agriculture jobs, with an average income of 2,100-3,000 bath per month with appropriate health insurance.

2. Model of services for Hypertensive patients at Health Center.

After implementation of this study, model of services for Hypertensive service at these four Health Centers were: weighing, BP monitoring, personal and group health education, group activity, drug prescription, making the next appointment, registered and collect the OPD card. If the patient doesn't come to their visit they get a normal services or home visit. Unlike the old model if a patient controls his/her blood pressure receives service at the health center if a problem he/she is referred to the hospital.

3. The quality of the services for Hypertensive patients

3.1 The control level of blood pressure. The average SBP and DBP in are equal to or lower at 140 and 90 mmHg respectively, insignificantly (by t-test) in each group. The accept level of control BP of patients at the health centers and hospital are between 55.81% and 62.79%, respectively, insignificantly (by χ^2 -test) in each group.

3.2 Compliance with taking medicine; the patient at the health centers and hospital are about 90.69% and 83.72% respectively, insignificantly (by χ^2 -test). Keeping appointments: patients at the health centers keep them on time a higher ratio than the patients at hospital. This is an important factor in setting good services system.

3.3 Payment for services, the most patient at the health centers can save their money in food aspect about 1:8.23. Medication fee varies with necessary drugs used while transportation fee varies with each patient status.

3.4 The complication from taking Hydrochlorothiazide and Methyldopa, there is a little complication such as: dry mouth, tachycardia and muscle weakness. This complication is normal when we take this medicine.

4. The satisfaction of Hypertensive patient

In the interviews patients were asked their satisfaction in 5 aspects: convenience, carefulness, place and equipment, services quality and cost about the four health centers. They all had a high level of satisfaction about the health centers.

In focus group discussion: almost patients satisfied about services at each health center. Beside that the patient also satisfied with the activity between them. They felt safer going to the health center than the hospital.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
กิตติกรรมประกาศ	ช
สารบัญ	๗
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความสำคัญและความเป็นมา	1
1.2 ปัญหาในการวิจัย	2
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
1.5 ขอบเขตการวิจัย	3
1.6 ข้อตกลงเบื้องต้น	4
1.7 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	4
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 แนวความคิดเกี่ยวกับนโยบายและเป้าหมายการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ	7
2.2 แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง	9
2.3 แนวความคิดเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสาธารณสุข	18
2.4 งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง	19
2.5 กรอบแนวความคิดในการวิจัย	25
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
3.1 หน่วยที่ใช้ในการวิเคราะห์	26
3.2 ประชากร	26
3.3 พื้นที่ที่ใช้ในการวิจัย	26
3.4 ผู้ร่วมวิจัย	27
3.5 ขั้นตอนการดำเนินงาน	28

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	32
3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล	33
3.8 การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล	34
3.9 การนำเสนอข้อมูล	36
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนอนามัย	37
4.2 ลักษณะทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย	39
4.3 ความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงฯ	44
4.4 คุณภาพของการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	50
4.5 ความพึงพอใจของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อการมารับบริการฯ	58
4.6 ภาวะแทรกซ้อน และผลข้างเคียงจากการรักษา	61
4.7 อภิปรายผลการศึกษา	63
บทที่ 5 บทสรุป และข้อเสนอแนะ	
5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	76
5.2 ระเบียบวิธีวิจัย	76
5.3 สรุปผลการศึกษาวิจัย	77
5.4 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย	78
บรรณานุกรม	82
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก. รายชื่อคณะนักวิจัย	86
ภาคผนวก ข. แบบสอบถามโครงการวิจัยฯ	87
ภาคผนวก ค. แนวทางการสนทนากลุ่ม	92
ภาคผนวก ง. แนวคำถามอาการที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมารับการรักษาฯ	94
ภาคผนวก จ. บัตรปฏิบัติการ บันทึกการรักษาโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพล	97
ภาคผนวก ฉ. แผนภูมิแสดงการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	99
ภาคผนวก ช. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	101
ภาคผนวก ซ. แผนภูมิการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและครอบครัว	102
ภาคผนวก ณ. แผ่นพับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	104

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	38
ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย	40
ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	50
ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	51
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยของความดันไดแอสโตลิก ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	51
ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความดันไดแอสโตลิกของผู้ป่วยฯ	51
ตารางที่ 7 การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ	52
ตารางที่ 8 ร้อยละของความต่อเนื่องในการรับประทานยา โดยการนับเม็ดยา	52
ตารางที่ 9 ความร่วมมือต่อการรักษาในการมาตามนัดของผู้ป่วยฯ	53
ตารางที่ 10 ความร่วมมือต่อการรักษาในการมาตามนัดของผู้ป่วยฯ	54
ตารางที่ 11 ร้อยละของผู้ป่วยที่ขาดเคลื่อนจากวันนัด รายเดือน	54
ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยวันคลาดเคลื่อนของผู้ป่วยฯ	56
ตารางที่ 13 ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการ	57
ตารางที่ 14 ชนิดของยา ที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับ	57
ตารางที่ 15 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อการมาใช้บริการที่ สอต.	58
ตารางที่ 16 ภาวะผิดปกติที่ตรวจพบจากการตรวจคัดกรองผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	61
ตารางที่ 17 อาการข้างเคียงของยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้รับบริการ	62

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยและพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	25
ภาพที่ 2 แสดงจำนวนวันคลาดเคลื่อนจากวันนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มาใช้บริการที่สถานีนอนามัย ช่วง เมษายน-กันยายน 2541	55
ภาพที่ 3 แสดงจำนวนวันคลาดเคลื่อนจากวันนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล ช่วง เมษายน-กันยายน 2541	55

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญและความเป็นมา

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เกิดจากการมีภาวะความดันในหลอดเลือดแดงสูงผิดปกติ ส่งผลให้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญ อาทิ สมอง หัวใจ ไต และหลอดเลือด โดยรายที่เป็นรุนแรงอาจเกิดความพิการ หรือถึงแก่ชีวิตได้ จากการศึกษาอย่างต่อเนื่องในประเทศสวีเดน พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูง จะเป็นอัมพาตหรือหลอดเลือดหัวใจตีบ มากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็น ร้อยละ 36 หรือ ร้อยละ 25 ตามลำดับ แต่การรักษาด้วยยาจะสามารถป้องกันการเกิดอัมพาตได้ดีเท่ากับธรรมชาติของโรค (ฉายศรี สุพรชัยศิลป์ และคณะ, 2538)

เป็นที่ยอมรับกันว่า ความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพคนไทย ปี 2534 โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (ระดับความดันโลหิตสูงกว่า 160 มม.ปรอท ซิสโตลิก และ/หรือ สูงกว่า 95 มม.ปรอท ไดแอสโตลิก) พบว่า ประชากรไทยกลุ่มอายุมากกว่า 15 ปี มีความดันโลหิตสูงร้อยละ 5.24-5.4 (จันทร์เพ็ญ-ชูประภาวรรณ และคณะ, 2539) ในขณะที่รายงานอัตราการป่วยด้วยความดันโลหิตสูงทั่วประเทศ ปี 2538 คิดเป็น 118.43 ต่อแสนประชากร (สำนักงานนโยบายและแผน, 2538) และที่จังหวัดขอนแก่น ปี 2540 คิดเป็น 508.14 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขขอนแก่น, 2540)

ปัจจุบัน มีข้อมูลการศึกษาในต่างประเทศแนะนำว่า การรักษาความดันโลหิตสูงโดยปรับวิถีชีวิต และ/หรือด้วยการใช้ยา สามารถลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนได้ (Ogilvie et.al, 1993) อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพของการควบคุมความดันโลหิตจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือทั้งผู้ให้การรักษา และผู้ป่วย โดยเฉพาะการรักษาหรือการปฏิบัติตนอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ ยังขึ้นกับปัญหาทางเศรษฐกิจเกี่ยวกับว่าความคุ้มของค่าใช้จ่าย และปัญหาทางสังคมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษาของครอบครัวรวมถึงชุมชน (สุรยงค์ วรรณกุลสวัสดิ์ และคณะ, 2536)

การศึกษาวิจัยในประเทศที่ผ่านมา ส่วนใหญ่จะเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้าน (สุรยงค์ วรรณกุลสวัสดิ์ และคณะ, 2536; ศรีเกษ ธัญญาวินิจกุล, 2538) และกลวิธีให้สุศึกษาที่มีประสิทธิภาพในการสร้างความรู้ ปรับทัศนคติ และเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตประจำ

วันของผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างเหมาะสมกับการรักษา (คณะทำงานกำหนดมาตรฐานการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูง, 2538; สุรยงค์ วรกุลสวัสดิ์, 2536) โดยละเอียดการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ที่เอื้อต่อการป้องกัน ดูแลรักษา และสอดคล้องกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ของประเทศในภาคชนบท ที่สำคัญคือ บทบาทและหน้าที่ของ “สถานีนามัย” ซึ่งเป็นจุดเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลกับผู้ป่วย ภายใต้บริบทของระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ

ดังเช่นที่อำเภอพล การให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นส่วนหนึ่งของงานบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ที่มีปริมาณงานโดยประมาณถึง 60,000 ครั้งต่อปี ต่อมา ได้ทำการแยกจัดตั้งเป็นคลินิกความดันโลหิตสูง เมื่อช่วงต้นปี 2540 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา 526 คน โดยมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของสถานีนามัย, โรงพยาบาล และอำเภออื่น จำนวน 354, 89 และ 73 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลพล, 2541) ส่งผลให้การบริการที่โรงพยาบาลเป็นไปในลักษณะเชิงรับ และไม่เอื้อต่อการให้บริการที่ดี เนื่องจากความแออัดของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยขาดปฏิสัมพันธ์ซึ่งกัน ผู้ป่วยต้องเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในขั้นตอนต่างๆ ของการรับบริการ ประกอบกับการเดินทางไกลและไม่สะดวก ทำให้บางครั้งผู้ป่วยไม่มาตามนัดและขาดยา

จากเหตุผลดังกล่าว โรงพยาบาลพล จึงได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทางให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน ได้รับการอย่างทั่วถึง มีคุณภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัว ณ ระดับตำบล พร้อมกับพัฒนาศักยภาพของสถานีนามัยด้านการรักษาพยาบาลไปในขณะเดียวกัน

1.2 ปัญหาในการวิจัย

ระบบบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมสำหรับสถานีนามัยเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 เพื่อพัฒนา ระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เหมาะสมกับสถานีนามัย ภายใต้การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง

1.3.2 เพื่อศึกษาคุณภาพของการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนามัย ในด้าน:

- ประสิทธิภาพของการรักษา ในแง่การควบคุมความดันโลหิต และการไม่มีภาวะแทรกซ้อน

- ความพึงพอใจต่อการมารับบริการของผู้ป่วย
- ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.4.1 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ณ ระดับสถานีอนามัย ภายใต้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
- 1.4.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับสถานีอนามัย ได้พัฒนาศักยภาพในการให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
- 1.4.3 ระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับอำเภอ ได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสมกับองค์ความรู้ และทรัพยากรท้องถิ่น
- 1.4.4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ได้มีส่วนร่วมในการศึกษาระเบียบวิธีวิจัย และดำเนินการวิจัยร่วมกัน สามารถวิเคราะห์ปัญหา และแก้ไขปัญหาในเชิงระบบได้

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดที่มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับน้อย (Mild Hypertension) ถึงระดับปานกลาง (Moderate Hypertension) ที่รับการรักษาด้วยวิธีไม่ใช้ยา และใช้ยาโดยเฉพาะ Hydrochlorothiazide และ Methyl dopa ทั้งเพศชาย-หญิง ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพล และอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยที่ทำการศึกษา ในระหว่างเดือนตุลาคม 2540 ถึงกันยายน 2541

1.6 ขัอดกลางเบื้องต้น

นิยามของความดันโลหิตสูง การวัดความดันโลหิต การจัดกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง การวินิจฉัย การบำบัดรักษา และการประเมินผลการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง รวมถึง

โรคแทรกซ้อน การวิจัยนี้ กำหนดที่จะใช้ "เกณฑ์มาตรฐานการบำบัดรักษาโรคความดันโลหิตสูง" ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ปี ค.ศ. 1993

1.7 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1.7.1 ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันต่อหน่วยตารางพื้นที่ของผนังหลอดเลือด เนื่องจากการไหลออกจากการบีบและคลายตัวของหัวใจ มีหน่วยวัดเป็นมิลลิเมตรปรอท (มม.ปรอท หรือ mmHg) (คณะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคสาขาโรคความดันโลหิตสูง, 2533)

การวัดความดันโลหิต ให้เครื่องวัดแบบปรอท (Sphygmomanometer) ทำการวัดขณะพัก (rest) ที่แขนในท่านั่ง ค่าที่วัดได้จะมี 2 ค่า คือ ค่าบน เป็นค่าความดันขณะหัวใจบีบตัว หรือ Systolic Blood Pressure (SBP) และ ค่าล่าง เป็นความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว หรือ Diastolic Blood Pressure (DBP)

ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก กำหนดว่า ระดับความดันปกติ เมื่อวัดความดันโลหิตได้ $\leq 140/90$ มม.ปรอท และระดับความดันโลหิตก้ำกึ่ง เมื่อวัดความดันโลหิตได้ $> 140/90$ ถึง $160/95$ มม.ปรอท

ในขณะที่ ระดับความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตที่มี "ความดันซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure: SBP)" สูงกว่า 160 มม.ปรอท และมี "ความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure: DBP)" สูงกว่า 95 มม.ปรอท

การจำแนกประเภทความดันโลหิตสูงโดยระดับความดันโลหิต เพื่อบอกความรุนแรงของโรค แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

DBP 90–104 มม.ปรอท	เป็น ระดับรุนแรงเล็กน้อย (mild)
DBP 105–114 มม.ปรอท	เป็น ระดับรุนแรงปานกลาง (moderate)
DBP ≥ 115 มม.ปรอท	เป็น ระดับรุนแรงมาก (severe)

1.7.2 การควบคุมความดันโลหิต หมายถึง ผลจากการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ในการศึกษาวิจัย ใช้เกณฑ์ประเมินภาวะการควบคุมความดันโลหิต ดังนี้

1.7.2.1 ระดับความดันโลหิต:

- ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ดี หรือ ยอมรับได้ หมายถึง
 ในกรณีที่อายุ ≤ 60 ปี: SBP ≤ 140 มม.ปรอท และ DBP ≤ 90 มม.ปรอท
 ในกรณีที่อายุ > 60 ปี: SBP < 160 มม.ปรอท และ DBP < 90 มม.ปรอท
- ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ดี หรือ ยอมรับไม่ได้ หมายถึง ระดับความดันโลหิตที่นอกเหนือไปจากระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ดี

1.7.2.2 ภาวะแทรกซ้อน: หากมีภาวะแทรกซ้อนอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ ถือว่ามีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญเกิดขึ้นในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

- MI (Myocardial Infarction) หรือ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นภาวะที่หัวใจขาดเลือดมาเลี้ยงจนกล้ามเนื้อเกิดความเสียหาย สามารถตรวจพบได้ด้วยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือจากอาการ อาการแสดงโดยแพทย์
- CVA (Cerebro-Vascular Accident) หรือ ภาวะโรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่มีความผิดปกติจากภาวะการตีบตันหรือแตกของหลอดเลือดในสมอง สามารถตรวจพบได้จากอาการ อาการแสดง หรือการตรวจพิเศษ เช่น Angiogram, CT scan
- CHF (Congestive Heart Failure) หรือ ภาวะหัวใจวายชนิดเลือดคั่ง เป็นภาวะที่หัวใจทำงานล้มเหลวร่วมกับมีสารน้ำคั่งเกินในหลอดเลือดและร่างกาย สามารถตรวจพบได้จากอาการ อาการแสดง หรือการตรวจพิเศษ เช่น Chest x-ray, การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)

1.7.3 ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง ความร่วมมือของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษาจากแพทย์ (รวมถึงบุคลากรสาธารณสุขที่มีหน้าที่โดยตรง) โดยประเมินจาก:

1.7.3.1 การรับประทานยา

- ให้ความร่วมมือดี หมายถึง การรับประทานยาตามสั่ง ตั้งแต่ (มากกว่าหรือเท่ากับ) ร้อยละ 80 ของจำนวนยาที่ได้รับทั้งหมด
- ให้ความร่วมมือไม่ดี หมายถึง การรับประทานยาตามสั่ง น้อยกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนยาที่ได้รับทั้งหมด

1.7.3.2 การมาตามนัด

- ให้ความร่วมมือดี หมายถึง มาตรงตามวันนัด ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้นัดให้มารับการรักษาทุกครั้ง
- ให้ความร่วมมือไม่ดี หมายถึง ผิดนัด หรือมารับบริการไม่ตรงตามวันนัด ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป ไม่ว่าจะเป็นการมารับบริการก่อน หรือ หลังวันนัด

- 1.7.4 ค่าใช้จ่ายในการรับบริการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เมื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาล หรือ สถานอนามัย ได้แก่ ต้นทุนค่ายา และค่าใช้จ่ายอื่นๆ คือ ค่าพาหนะ และ ค่าอาหาร เท่านั้น โดยมีหน่วยนับเป็นบาท (ในการศึกษาครั้งนี้ มีข้อตกลงที่จะไม่คิดค่าใช้จ่ายดังกล่าว รวมไปถึงในส่วนของค่าสูญเสียโอกาส)

บทที่ 2

แนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องการวิจัยและพัฒนากระบวนการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนามัย ตำบล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

- 2.1 แนวความคิดเกี่ยวกับนโยบายและเป้าหมายการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ
- 2.2 แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสาธารณสุข
- 2.4 งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง
- 2.5 กรอบแนวความคิดในการวิจัย

2.1 แนวความคิดเกี่ยวกับนโยบายและเป้าหมายการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

นโยบายและเป้าหมายการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยการอนุมัติของคณะรัฐมนตรี ได้กล่าวถึง นโยบายการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ดังนี้คือ (คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2536)

- ให้ดำเนินการในลักษณะครอบคลุมโรคอย่างกว้างขวาง โดยยึดนโยบายเปิดกว้างแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive Disease Orientation with Broad Policies)
- โดยอาศัยความรู้ที่เป็นสหวิทยาการ และความร่วมมือจากผู้รับบริการ และจากผู้ให้บริการ ทั้งจากภาครัฐและเอกชน
- เพื่อจะเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผล ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและลดความซ้ำซ้อนของการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ตามความจำเป็นของแต่ละท้องถิ่น

มุมมองนโยบายป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อที่เน้นในแผนฯ 8 (ณรงค์ นิตยาพร, 2538)

- ต้องเป็นมาตรการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น
- ปัญหาโรคไม่ติดต่อ ไม่ใช่หน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งโดยเฉพาะ ต้องมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน ตลอดจนประชาชน และควรมีแผนงานที่ชัดเจนและน่าพอใจระดับหนึ่ง

ซึ่งเป้าประสงค์ของการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพชีวิตที่ดีในปี 2543 คือ การให้อายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ และไม่ตายก่อนวัยอันควร โดยมีกลวิธีส่วนหนึ่ง ดังนี้คือ

1. ดำเนินการป้องกันโรค ลดโรค ลดความรุนแรงของโรค โดยวิเคราะห์หา และลดปัจจัยเสี่ยงร่วม สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในประชากรทั่วไป
2. คัดกรองและให้บริการที่เหมาะสม มีคุณภาพ และครอบคลุมในประชากรกลุ่มเสี่ยง และประชากรที่เป็นโรค
3. สนับสนุนให้มีความร่วมมือประสานงานกัน ในทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชนต่อการดำเนินปรับปรุงเปลี่ยนแปลงปัจจัยแวดล้อม ทั้งด้านกฎหมาย ค่านิยม สังคมสิ่งแวดล้อม ให้เอื้ออำนวยต่อการส่งเสริมสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ
4. ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนสามารถดูแลตนเอง และมีส่วนร่วมในการปรับปรุง สวัสดิการความปลอดภัย และการปนเปื้อนของสารพิษในสิ่งแวดล้อม ที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคในชุมชน
5. สนับสนุนการวิจัยและพัฒนา ประเมินผล รวมผล วิเคราะห์ สังเคราะห์องค์ความรู้ และพัฒนาการสอบสวนสาเหตุของโรค จากหลายสาขา เพื่อการควบคุมโรคในรูปแบบต่างๆ ในทุกสาขาของการป้องกันโรค
6. ขยายการป้องกันและควบคุมกลุ่มโรคไม่ติดต่อ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง สู่ทุกภูมิภาค ตามความจำเป็นของแต่ละท้องถิ่น โดยสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของจังหวัดให้มีความสามารถในการบริหารจัดการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อที่สำคัญอย่างครบวงจร

ความสำคัญของโรคไม่ติดต่อนั้น พบว่า เป็นสาเหตุของการป่วยและการตายอันดับแรกๆ เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีละ 7 หมื่นล้านบาท และเมื่อปี พ.ศ. 2537 ก็มากกว่า 8 หมื่นล้านบาท เป็นปัญหาที่มีความชัดเจนมาก โดยในปี 2536 มีการศึกษา พบว่า

มีการตายจากโรคหลอดเลือดและหัวใจ	93 รายต่อวัน
ตายจากโรคอุบัติเหตุ	83 รายต่อวัน
และตายจากโรคมะเร็ง	71 รายต่อวัน

การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ ควรเอาตัวคนเป็นศูนย์กลางในการ Approach เพื่อให้สามารถดูแลได้ครบวงจร สะดวก โดยมีประเด็นสำคัญที่การสร้างความเข้าใจให้แก่เจ้าหน้าที่ได้อย่างถ่องแท้และสามารถขยายผลต่อไปได้ ซึ่งจะทำให้การบริหารจัดการเป็นไปอย่างมีส่วนร่วมจากทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง (มงคล ณ สงขลา, 2538)

2.2 แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง จัดเป็นโรคไม่ติดต่อ เป็นโรคหรือภาวะเรื้อรังที่เราที่อยู่มาแล้ว และคงมีอยู่ตลอดตราบเท่าที่อายุของเรายาวขึ้น นอกจากนี้ ยังเป็นภาวะที่ต้องอาศัยแพทย์หรือผู้ที่มีความรู้หลายด้านตั้งแต่ระดับวิทยาจนถึงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทุกระบบ ตั้งแต่ หัวใจ ไต โรคทางโภชนาการ นักระบาดวิทยา จนถึงระดับโมเลกุล ฉะนั้น จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องมีเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัยและบำบัดรักษาที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติอย่างมีหลักการ ถูกต้อง เป็นประโยชน์ในทุกระดับทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระดับสถานบริการรักษาพยาบาล

2.2.1 ความหมายของความดันโลหิตสูง ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก หมายถึง ภาวะที่ความดันในหลอดเลือดแดงในระยะพัก สูงกว่าปกติ ซึ่งค่าปกติ คือ 140/90 มม.ปรอท หรือต่ำกว่า ถ้าอยู่ในช่วง 140/90 ถึง 160/95 มม.ปรอท ถือว่าอยู่ในระดับความดันเลือดก้ำกึ่ง และถ้าสูงกว่า 160/95 มม.ปรอทขึ้นไป ถือว่าระดับความดันเลือดสูง (สมชาติ โลจายะ และคณะ, 2533)

ค่าความดันโลหิตที่บอกเป็นตัวเลขสองค่า เช่น 140/90 มม.ปรอท นั้น ตัวเลขตัวแรกที่มีค่ามากกว่า เป็นตัวเลขที่แสดงให้ทราบถึงค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) และตัวเลขตัวหลัง เป็น ตัวเลขที่แสดงให้ทราบถึงค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure)

นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงสามารถ แบ่งตามความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ (สมชาติ โลจายะ และคณะ, 2536)

1. ความดันโลหิตสูงเล็กน้อย (Mild hypertension) มีระดับความดันโลหิตสูงอยู่ระหว่าง 161/101 มม.ปรอท ถึง 180/120 มม.ปรอท
2. ความดันโลหิตสูงปานกลาง (Moderate hypertension) มีระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 181/121 มม.ปรอท ถึง 190/130 มม.ปรอท
3. ความดันโลหิตสูงรุนแรง (Severe hypertension) มีระดับความดันโลหิตสูงกว่า 191/131 มม.ปรอท ซึ่งระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 200/120-140 มม.ปรอท มักเรียกว่าความดันโลหิตสูงรุนแรงมาก (Malignant hypertension)

ต่อมาในปี พ.ศ. 2536 ได้มีการประชุม คณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกาครั้งที่ 5 (The Fifth Joint National Committee หรือ JNC V) เพื่อตรวจประเมินและรักษาความดันโลหิตสูง ได้แบ่งความรุนแรงของความดันโลหิต โดยใช้ความดันโลหิตคลายตัว คือ ความดันโลหิตค่าล่างเป็นเกณฑ์ แบ่งออกเป็น 4 ระดับดังนี้ (JNC V, 2536)

ระดับความดันไดแอสโตลิก หรือความดันค่าล่างต่ำกว่า 85 มม.ปรอท ถือว่าเป็นความดันโลหิตปกติ (Normal)

ระดับความดันค่าล่าง ถ้ามีค่าระหว่าง 85-89 มม.ปรอท ถือว่ามีความดันโลหิตปกติ แต่ค่อนข้างสูง (High normal)

ระดับความดันค่าล่าง ถ้ามีค่าระหว่าง 90-99 มม.ปรอท ถือว่ามีความดันโลหิตสูงเล็กน้อย (Mild hypertension)

ระดับความดันต่ำ ถ้ามีค่าระหว่าง 100-109 มม.ปรอท ถือว่ามีความดันโลหิตสูงปานกลาง (Moderate hypertension)

ระดับความดันต่ำ ถ้ามีค่าความดันสูงกว่าหรือเท่ากับ 110-119 มม.ปรอท ถือว่ามีความดันโลหิตสูงรุนแรง (Severe hypertension)

ระดับความดันต่ำ ถ้ามีค่าความดันสูงกว่าหรือเท่ากับ 120 มม. ปรอท ถือว่ามีความดันโลหิตสูงรุนแรงมาก (Malignant hypertension)

ภาวะความดันโลหิตสูง มักเกิดในคนสูงอายุ บางรายมีอาการรุนแรงจนเป็นอัมพาต หรือบางรายเสียชีวิตจากเส้นโลหิตในสมองแตก อัตราการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง มีมากขึ้นตามวัย และสภาพความอ้วนของร่างกาย จากการศึกษาพบว่า ประมาณร้อยละ 8-18 ของผู้ใหญ่ มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้ว เนื่องจากมีการกินดีอยู่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวกทำให้ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย ทำให้เกิดปัญหาโรคอ้วนขึ้น หรือปัญหาความแออัด เศรษฐกิจรัดตัวทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง บางครั้งอาจไม่แสดงอาการ จนกระทั่งเมื่อมีอาการก็สายเกินแก้ไขแล้ว

สำหรับการศึกษาวิจัยนี้ กำหนดเกณฑ์ของความดันโลหิตสูง คือ ผู้ที่มีความดันโลหิตค่าบนมากกว่า 160 มม.ปรอท ความดันโลหิตค่าล่าง มากกว่า 95 มม.ปรอท

2.2.2 การจำแนกประเภทความดันโลหิตสูง แบ่งตามสาเหตุได้เป็น

2.2.2.1 ความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด (Essential or Primary Hypertension) เป็นภาวะความดันโลหิตสูงที่พบได้บ่อยถึงร้อยละ 90-95 มักพบในผู้ที่มีอายุระหว่าง 35-55 ปี มีลักษณะอ้วนและมีประวัติทางพันธุกรรมในครอบครัว โดยสาเหตุและกลไกที่ทำให้ความดันโลหิตสูงชนิดนี้มีหลายอย่าง ได้แก่ ระบบประสาทอัตโนมัติ (Sympathetic nerve) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมความดันโลหิต ทำงานผิดปกติ อาจเกิดจากภาวะที่มีความเครียด การหลั่งของสารเรนิน (Renin) จากเนื้อไต และฮอร์โมนแอลโดสเตอโรน (Aldosterone) จากต่อมหมวกไต มากเกินไป สารอื่นๆ ที่ทำให้ขนาดของหลอดเลือดเปลี่ยนแปลง เช่น ภาวะที่มีไขมันในเลือดสูงอยู่นานๆ หรือ ภาวะที่มีน้ำตาลใน

เลือดสูง จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดแดง เกิดการหนาแข็ง รุนหลอดเลือดเล็กลง เป็นผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

2.2.2.2 ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ (Secondary Hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 โดยมีสาเหตุมาจากโรคอื่นๆ ที่สำคัญ คือ

- โรคไต เช่น โรคไตอักเสบ ภาวะไตวาย
- โรคของต่อมไร้ท่อ เช่น เนื้องอกที่ต่อมหมวกไต
- โรคของหลอดเลือด เช่น เส้นเลือดแดงแข็งตัว
- โรคพิษแห่งครรภ์
- ความดันโลหิตสูงจากการได้ยา หรือสารยาจำพวกยากำน้ำเน็ด
- ความเครียด
- การรับประทานอาหารรสเค็ม
- การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง
- การสูบบุหรี่

2.2.2.3 เหตุการณ์อื่นๆ สาเหตุของความดันโลหิตสูง นอกจากจะมีแบบปฐมภูมิ และแบบทุติยภูมิ (Secondary) แล้ว สาเหตุดังต่อไปนี้ก็ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคคอพอกชนิดตาโปน โรคสมองอักเสบ หรือเนื้อก้านสมอง (Brain stem-grey matter) ได้รับอันตรายเยื่อหุ้มสมองอักเสบเรื้อรัง หรือความดันในสมองสูงขึ้น อันตรายจากอุบัติเหตุหลอดเลือดในสมอง (Cerebrovascular Accident)

2.2.3 ปัจจัยเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ พันธุกรรม และปัจจัยทางภาวะแวดล้อมอื่นๆ อาทิ เกลือ แอลกอฮอล์ ความอ้วน ความเครียด การสูบบุหรี่

2.2.4 เพศ อายุ กับภาวะความดันโลหิตสูง พบว่า ในช่วงวัยรุ่นถึงผู้ใหญ่ เพศชาย ร้อยละ 21 มีค่า Diastolic pressure มากกว่า 90 มม.ปรอท แต่เพศหญิง พบเพียงร้อยละ 9 และความแตกต่างจะลดน้อยลงจนกระทั่งช่วง 55- 64 ปี ชายและหญิง ร้อยละ 40 มีค่า Diastolic pressure มาก

กว่า 90 มม.ปรอท เมื่ออายุยังสูงขึ้น พบว่า ผู้หญิงมีค่าความดันสูงกว่าผู้ชาย แต่อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงก็มีความต้านทานต่อความดันโลหิตสูงมากกว่าชาย จึงพบว่า เพศชาย มีอัตราตายด้วยภาวะความดันโลหิตสูง มากกว่าเพศหญิง

2.2.5 การวินิจฉัยความดันโลหิตสูง จะต้องอาศัยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้คือ

2.2.5.1 การซักประวัติ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่จะมีอาการปวดศีรษะ โดยมีลักษณะเฉพาะที่เกิดขึ้นขณะตื่นนอนตอนเช้า อาจปวดทั่วไปหรือปวดท้ายทอย และมีอาการคลื่นไส้ตามัวร่วมด้วย อาการมักจะทุเลาลงหลังจากตื่นนอนประมาณ 2-3 ชั่วโมง มักจะพบในผู้ป่วยที่มีความดันไดแอสโตลิกสูงกว่า 120-130 มม.ปรอท อาการหายใจขัด อ่อนเพลีย ใจสั่น นอนไม่หลับ กระวนกระวาย วิงเวียน และซีมีเคร้า เป็นได้บ่อยกว่าคนปกติ นอกจากนี้ยังพบอาการหูอื้อและเลือดกำเดาไหลได้บ่อย ผู้ที่มีอาการปวดศีรษะไมเกรน และผู้ที่เลือดกำเดาไหลที่ไม่ทราบสาเหตุ ก็มักตรวจพบความดันโลหิตสูงเช่นเดียวกัน

2.2.5.2 การตรวจร่างกาย เพื่อต้องการค้นหาสาเหตุของความดันโลหิตสูงและประเมินดูว่ามีความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย มีผลทำให้อวัยวะต่างๆ เสียหน้าที่หรือเสื่อมไปหรือไม่ ซึ่งมักพบในระบบสมอง ไต หัวใจ และหลอดเลือด การตรวจร่างกายจะให้เป็นขั้นตอน ดังนี้

1. การวัดความดันโลหิต

1.1 ก่อนที่จะวัดความดันโลหิต ควรนั่งพักอย่างน้อย 5 นาที ให้นายเหนื่อยเสียก่อน เพราะถ้าเดินมาเหนื่อยๆ หรือหยุดทำงานมา ถ้าวัดขณะนั้น จะได้ความดันโลหิตสูงกว่าปกติ เพราะหัวใจเต้นแรงและเร็วกว่าในขณะที่ร่างกายอยู่ในระยะพักผ่อน

1.2 การวัดความดันโลหิต จะได้ค่าที่น่าเชื่อถือได้ ต้องวัดมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป ในวันและเวลาต่างกัน เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่แท้จริงว่าเป็นความดันโลหิตสูง

1.3 การวัดความดันโลหิตจะนั่งหรือนอนก็ได้ ในทำนองจะได้ค่าความดันโลหิตแตกต่างจากการวัดในท่านอนเล็กน้อย ในขณะที่วัดควรให้แขนนิ่งไม่เคลื่อนไหว หากสวมเสื้อแขนยาวอยู่ ควรพับแขนเสื้อขึ้นไปจนชิดรักแร้แต่อย่าให้แขนเสื้อนั้นรัดต้นแขน จะทำให้ค่าความดันโลหิตผิดพลาดได้

1.4 การประเมินค่า ความดันโลหิตที่วัดได้ เพื่อสรุปหาความดันโลหิตปกติของแต่ละคนดังนี้ ความดันโลหิตค่าบนเท่ากับจำนวนอายุ+100 (สูงสุดไม่เกิน 160 มม.ปรอท) ความดันโลหิตข้างล่างเท่ากับ 90 มม.ปรอท (ทุกกลุ่มอายุ) ถ้าอายุ 40 ปี ความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มม.ปรอท แต่ถ้าอยู่ระหว่าง 140/90 ถึง 160/90 มม.ปรอท ก็ควรจะวัดความดันโลหิตทุก 3-6 เดือน เพื่อให้แน่ใจว่าความดันโลหิตไม่สูงขึ้นไปอีก แต่ถ้าวัดได้ 160/95 มม.ปรอท แสดงว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง (เกษม วัฒนชัย, 2532)

ความดันโลหิตค่าบน สำหรับคนปกติ อาจเปลี่ยนแปลงไปได้บ้าง คือ อาจจะลดลง 20-30 มม.ปรอท และคนที่อายุ 60 ปีขึ้นไป อาจมีความดันโลหิตค่าบน สูงขึ้น 10-20 มม.ปรอท การเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตค่าบนดังกล่าวนี้ ไม่ถือว่าเป็นผิดปกติ หรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

2. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย เช่น หน้ากลม และตำแหน่งที่มีไขมันมาก ซึ่งเป็นลักษณะของคุซซิง ซินโดรม (Cushing's syndrome) หรือเพื่อวินิจฉัยโรคอื่นๆ ที่มีความผิดปกติทางฮอร์โมน มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เป็นต้น

3.การตรวจดู fundi ของตา โดยใช้ офthalmoscope (ophthalmoscope) ดูการเปลี่ยนแปลง ของหลอดเลือดแดงว่ามี คด แคบ ในจอตาหรือไม่ หากมีการทำลายของหลอดเลือดในจอตาจะเห็นชัด ถ้ามีเลือดออก

4. การตรวจระบบประสาท เพื่อดูอาการแทรกซ้อน ของ โรคหลอดเลือดทางสมอง

5. การตรวจทางหน้าท้อง เพื่อคลำก้อนภายในช่องท้อง ถ้าพบผู้ป่วยอาจเป็นก้อนเนื้อ

การตรวจร่างกายควรจะตรวจทั่วไปอย่างละเอียดเน้นการตรวจขั้วประสาทตา (Fundoscopy) เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด ว่ามีเลือดหรือน้ำเหลืองซึมออกรอบๆ หลอดเลือดหรือไม่ มีประสาทตาบวม (Papilledema) หรือไม่ ตรวจฟังเสียงฟู่ที่บริเวณลำคอที่หลอดเลือดคอโรติด (Carotid artery) คลำขนาดของหัวใจ ฟังลักษณะเสียงหัวใจ เช่น เสียงควบ 3 หรือควบ 4 (Gallop S₃ and S₄) และตรวจท้องหาความผิดปกติที่อาจเกิดร่วมกัน เช่น เสียงฟู่ (Bruit) หรือไตมีขนาดโตจนคลำได้ รวมถึงการตรวจระบบประสาท

2.2.5.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะช่วยสนับสนุนหรือคัดค้านสิ่งที่แพทย์วินิจฉัยได้จากการซักประวัติและตรวจร่างกาย ซึ่งขึ้นถึงการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะที่เป็นผลจากความดันโลหิตสูง หรือขึ้นไปถึงสาเหตุของความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ ยังจะต้องตรวจถึงภาวะอื่นๆ ที่เกิดร่วม และเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว (Arteriosclerosis) เช่น โรคเบาหวาน หรือโคเลสเตอรอลสูง โดยที่ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุมีเพียงร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งสิ้น จึงเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ที่จะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยสมมติฐานต่างๆ เหล่านั้นในทุกราย แต่ควรเลือกเฉพาะในรายที่สงสัยสมมติฐานนั้น จากประวัติการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ (สมชาติ โลจายะ และคณะ, 2536)

1. การตรวจเลือด

1.1 ซีรั่มครีเอตินิน ที่บ่งถึงสมรรถภาพของไต

1.2 ระดับโปแตสเซียมในเลือด ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนให้การรักษาคควรทราบผลเพื่อวิเคราะห์แยกภาวะความดันโลหิตสูง ที่ทราบสาเหตุบางโรค ซึ่งระดับโปแตสเซียมในเลือดจะต่ำ

1.3 ระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ เพราะเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis)

1.4 ระดับกรดยูริกในเลือด พบว่า ประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง โดยยังไม่ได้รับการรักษา จะมีกรดยูริกในเลือดสูง ถ้ารับประทานยาขับปัสสาวะอาจทำให้เกิดข้ออักเสบจากโรคเก๊าท์ (gout)

1.5 ระดับแคลเซียมในเลือด เพื่อวินิจฉัยโรคของต่อมพาราไธรอยด์ทำงานมากกว่าปกติ (primary hyperparathyroidism) เพราะในโรคความดันโลหิตสูง พบมากเป็น 5-8 เท่าของคนปกติ

1.6 ระดับน้ำตาลในเลือด วัดระดับน้ำตาลก่อนอาหารและ 2 ชั่วโมงหลังอาหาร เพราะภาวะความดันโลหิตสูง จากสาเหตุบางประการจะมีระดับน้ำตาลสูงด้วย และเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis)

1.7 นอกจากนั้น ยังมีการตรวจเลือด โดยเฉพาะของแต่ละโรคด้วย เช่น การหาระดับแคทีโคลามีน (Catecholamine) การหาระดับเรนิน อัลโดสเตอโรน แองจิโอเทนซิน เป็นต้น

2. การตรวจปัสสาวะ และเพาะเชื้อในปัสสาวะ เพื่อดูว่ามีโปรตีนหรือเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว น้ำตาล หนอง แผ่นเยื่อ (cast) หรือเชื้อโรคอื่นๆ เพื่อการทำงานของไต

3. ภาพรังสีทรวงอก เพื่อดูขนาดของหัวใจ หลอดเลือด การคั่งบวมน้ำและเลือดในปอด และดูการกร่อนของกระดูกซี่โครงที่อาจพบในหลอดเลือดเอออร์ตาตีบ

4. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจอาจจะแสดงผนังเวนทริเคิลซ้ายหนาหรือเอเดรียมซ้ายโต อาจพบลักษณะของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือ บ่งชี้ถึงภาวะโปแตสเซียมต่ำ

5. การตรวจคลื่นความถี่สูง (Ultrasonography และ computerized tomography) เพื่อวินิจฉัยเนื้องอกของต่อมหมวกไต เพราะมีความแม่นยำสูงและไม่เกิดอันตรายจากการตรวจ

ดังนั้นอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า มาตรฐานการบำบัดรักษา โดยกำหนดการตรวจทางห้องปฏิบัติการการออกเป็น 3 ระดับ ตามความจำเป็นดังนี้คือ

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ "ต้อง" ตรวจ ได้แก่ การตรวจปัสสาวะ ตรวจเลือดหา BUN หรือ Creatinine
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ "ควร " ตรวจ ได้แก่ ระดับโปแตสเซียมในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ ระดับกรดยูริก ภาพรังสีทรวงอก และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

การตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการที่มัก "แนะนำให้ตรวจเพิ่ม" ถ้ารักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล อายุน้อยกว่า 30 ปี การตรวจร่างกายและทางห้องปฏิบัติการ ในรายที่สงสัยว่าอาจจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ทราบสมมติฐาน เป็นโรคความดันเลือดสูงชนิดร้ายแรง แม้จะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ ได้แก่ GFR, Renal Biopsy, Ultrasound, Rapid Sequence IVP, Renogram, Aortogram and Selective Renal Angiogram, VMA, CT Scan of Abdomen.

2.2.6 การบำบัดรักษาความดันโลหิตสูง

2.2.6.1 การแนะนำทั่วไป เพื่อให้ทราบถึงความสำคัญของความต่อเนื่องในการรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว

2.2.6.2 การรักษาด้วยการไม่ใช้ยา (Non-pharmacological Treatment) หรือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Life Style Modification) ได้แก่

- การควบคุมอาหาร อาหารที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรจำกัดปริมาณรับประทานต่อวัน คือ อาหารที่มีเกลือ "เค็ม" หรือมีไขมันมากเกินไป อาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมาก
- การลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควรเป็น น้ำหนักตัวโดยประมาณควรจะเท่ากับ ความสูง (เซนติเมตร) ลบด้วย 100 หรือ (95-105) เช่น สูง 165 ซม. น้ำหนักควรจะประมาณ 65 หรือ 60-70 กก. โรคอ้วนทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ และยังสามารถทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ จากการวิจัย พบว่า หากสามารถลดน้ำหนักได้ 1 กก. ในโรคอ้วน ความดันโลหิตจะลดลง 1.5-2.5 มม.ปรอท การลดน้ำหนักนอกจากการจำกัดปริมาณแคลอรีของอาหารที่รับประทานแล้ว ควรลดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง และกรดไขมันชนิดอิ่มตัว (Saturated fat) ด้วย
- การออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ ต่อเนื่องเป็นประจำ 4-7 วันต่อสัปดาห์ วันละประมาณ 30 นาที โดยเฉพาะการออกกำลังกายแอโรบิกเคลื่อนไหว (Aerobic exercise) เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ปั่นจักรยาน และว่ายน้ำ พบว่าช่วยเพิ่มสมรรถภาพการใช้น้ำหนักหัวใจ และลดความดันโลหิต
- ลดปัจจัยเสี่ยง ที่จะทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจตีบ เช่น งดการสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความเครียด เป็นต้น

2.2.6.3 การรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต (Pharmacological Treatment) มีเป้าหมายเพื่อให้ระดับความดันเป็นปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด โดยไม่เกิดอาการข้างเคียงของยาและเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ทั้งนี้ยาควรมีประสิทธิภาพสูง ลดความดันได้ดีในทุกท่า มีระยะออกฤทธิ์นานที่สามารถให้วันละ 1-2 ครั้งต่อวัน การให้ยาควรใช้ยาแบบเพิ่มยาเป็นลำดับขั้น (Stepped care approach) ที่เริ่มจากขนาดต่ำแล้วค่อยเพิ่มปริมาณ หรือเพิ่มชนิดยาเข้าไป สำหรับชนิดของยาแบ่งเป็นกลุ่มต่างๆ ดังนี้ (ศุภชัย ถนอมทรัพย์, 2538)

- ยาขับปัสสาวะ (Diuretic) ใช้เป็นยาเริ่มแรก (First line drug)
- ยากันเบตา (Beta blockers)
- ยากันแอลฟา (Alpha blockers)

- ยาที่ออกฤทธิ์ต่อประสาทส่วนกลาง (Centrally acting agents)
- ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilators)
- ยาด้าน ACE (Angiotensin II converting enzyme inhibitors)
- ยาด้านแคลเซียม (Calcium antagonists)

2.2.6.4 ภาวะฉุกเฉินและภาวะแทรกซ้อน

ภาวะฉุกเฉินและภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะความดันโลหิตสูงแบบวิกฤต ซึ่งหมายถึง ภาวะที่มีการอักเสบของหลอดเลือดเล็กๆ อันเป็นผลเนื่องมาจากความดันสูงมากๆ หรือเมื่อความดันขึ้นโดยเร็ว ซึ่งต้องให้การรักษาโดยเร่งด่วนมิฉะนั้นอาจเป็นอันตรายร้ายแรงต่อผู้ป่วยได้ ดังนี้ที่บ่งชี้ภาวะนี้ได้แก่ (1) ความดันเลือด Diastolic สูงมากกว่า 130 มม.ปรอท (2) เกิดพยาธิสภาพที่รุนแรงต่ออวัยวะของร่างกาย เช่น หัวใจ สมอง หลอดเลือด และไต

2.3 แนวความคิดเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสาธารณสุข

ในการวิจัยในครั้งนี้ การจัดระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ และตำบล (District and sub-district level) จะอิงแนวคิดของระบบบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการ (Concept of Integrated Health Care System) โดยมีสาระหลักที่สำคัญของการให้บริการ คือ

2.3.1 เป็นการให้บริการที่เป็นคุณภาพเชิงสังคมควบคู่ไปกับเชิงเทคนิคบริการ

กล่าวคือ การให้บริการนั้นไม่เพียงแต่ต้องถูกต้องตามหลักการแพทย์เท่านั้น แต่ยังต้องคำนึงถึง ความต่อเนื่อง (Continuity) การผสมผสานการให้บริการ (integration) และความเข้าใจ ในปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวมด้วย (Holistic)

2.3.2 ต้องไม่มีความซ้ำซ้อนกันในสถานบริการแต่ละระดับ

โรงพยาบาลจะต้องกระจายอำนาจในการให้บริการสาธารณสุขในชุมชนให้เหมาะสม โดยโรงพยาบาลควรรับผิดชอบในเรื่องความยุ่งยากซับซ้อนของความเจ็บป่วยให้มากขึ้น และลดงานที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนลง ในขณะเดียวกัน ต้องพยายามเคลื่อนงานที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนไปอยู่ที่สถานบริการที่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด อาทิ สถานีอนามัย เป็นต้น

2.3.3 ต้องมีความเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการแต่ละระดับ

มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ และมีความเชื่อมโยงของข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยอย่างเป็นเอกภาพ

2.4 งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้มีผู้ศึกษาไว้หลายท่านและสามารถสรุปได้ ดังนี้

สุภาพ ใบแก้ว (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 100 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมโรคได้ มีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมโรคไม่ได้ ความเชื่อด้านแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา และผลการศึกษเปรียบเทียบความแตกต่างของความร่วมมือในการรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Hershey, et. al. (อ้างใน สุรางค์ เปื้องเดช, 2533) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต โดยการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จากคลินิกโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 132 คน พบว่า การรับรู้ถึงการควบคุมโรค ปัจจัยด้านผู้ให้การรักษาพยาบาล การรับรู้ถึงอุปสรรคต่างๆ ระยะเวลาในการรักษา และประสบการณ์ต่างๆ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความร่วมมือในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับ

การควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งผลจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

Gillum, et. al. (1974) พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ขาดความร่วมมือในการรักษาถึงร้อยละ 50 หรือมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Daniels et. al. (1979) นอกจากนั้นพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา คือ

- 1) ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น การไม่สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) ปัจจัยด้านการรับรู้ของผู้ป่วย เช่น การรับรู้การเจ็บป่วย เจตคติ ความเชื่อ และแรงจูงใจ เป็นต้น
- 3) ปัจจัยด้านบุคคล สังคม และ สภาพแวดล้อม เช่น มีปัญหาเศรษฐกิจ ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว
- 4) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและพลานามัย เช่น ขาดความรู้เรื่องโรค และแผนการรักษาพยาบาล โดยพบว่า ผู้ที่หยุดการรักษาเนื่องจากเข้าใจว่าโรคหายแล้ว และเกิดอาการข้างเคียงจากยาลดความดันโลหิต
- 5) ลักษณะของแผนการรักษาโรคความดันโลหิต
- 6) ปัจจัยด้านผู้ให้การรักษาพยาบาล สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การรักษาพยาบาล เช่น การขาดการกระตุ้นจากผู้ให้การรักษาพยาบาล การไม่มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การรักษา จึงทำให้ขาดความร่วมมือในการรักษา

Foster, et. al. (1981) พบว่า ช่วงเวลาที่ขาดความร่วมมือในการรักษา ส่วนใหญ่ คือ เมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จนถึงการรักษาช่วง 6 เดือน ถึง 1 ปีแรก หรือเมื่อแรงจูงใจลดลง โดยผู้ที่ยังคงรักษาอยู่มีอัตราความร่วมมือในการรักษาต่ำ เพียงร้อยละ 20 ถึง 30 ซึ่งการปฏิบัติตามแบบแผนการรักษาเกินกว่าร้อยละ 80 ก็สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้แล้ว

ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ และคณะ (2533) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถของผู้สื่อข่าวสารธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการค้นหาผู้ป่วย-

ความดันโลหิตสูง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดอุดรธานี โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 15 ราย โดยให้พยาบาลใช้เครื่องวัดความดันโลหิต 2 เครื่อง เพื่อเปรียบเทียบมาตรฐานเครื่องมือที่ใช้ และเปรียบเทียบมาตรฐานของพยาบาลทั้งสองคน ผลการวิจัยพบว่าไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตกับเพศ, อาชีพ, การสูบบุหรี่, การดื่มเหล้า, การออกกำลังกาย สภาพร่างกาย และการรับประทานอาหารรสเค็ม ส่วนความสัมพันธ์กับอายุไม่คงเส้นคงวา สำหรับความสอดคล้องทางวิชาการระหว่าง ผสส./อสม./พยาบาล ในการวัดความดัน Systolic เท่ากับ 0.24 และ 0.25 และความดัน Diastolic เท่ากับ 0.24 และ 0.25 ตามลำดับ และพบว่าค่าความดันโลหิตไม่แตกต่างกับที่พยาบาลวัด หาก ผสส./อสม. ได้รับการฝึกฝนมากขึ้นก็จะทำให้มีความชำนาญเพิ่มขึ้น

เอื้อนจิต พลพินิจ และคณะ (2535) ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูงในเขตชนบท อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น โดยเลือกหมู่บ้านที่มีระดับการพัฒนาต่างกันจำนวน 13 หมู่บ้าน แบบ Multi-stage Random Sampling ทำการศึกษาในผู้ป่วยอายุ 30-65 ปี จำนวน 988 คน แบ่งเป็นชาย 415 คน หญิง 573 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม และวัดค่าความดันโลหิต และสัดส่วนต่างๆ ของร่างกาย (Anthropometric Measurement) ผลการวิจัย พบว่า ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง (ความดันโลหิต > 160/95 มม.ปรอท) คิดเป็นอัตราป่วย 18 ต่อประชากรพันคน และ Isolated Hypertension (ความดัน Systolic > 160 และความดัน Diastolic < 95 มม.ปรอท) คิดเป็นอัตราป่วย 5 ต่อประชากรพันคน พบความชุกสูงในหมู่บ้านพัฒนา และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ อายุ Body-Mass Index (BMI) อาชีพอื่นที่ไม่ใช่ชาวนา และโรคเบาหวาน การศึกษานี้พบความชุกของความดันโลหิตสูงต่ำ เมื่อเทียบกับในเมืองใหญ่

เกียรติชัย ภูริปัญญา และคณะ (2536) ได้สำรวจในชุมชนเพื่อหาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด ในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ระดับโคเลสเตอรอลเฉลี่ยเท่ากับ 163.0 ± 35.3 และระดับ HDL-C เท่ากับ 29.6 ± 9.1 มล./100 มล. ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ต่ำมากเมื่อเทียบกับในกรุงเทพและประเทศที่พัฒนาแล้ว ระดับโคเลสเตอรอลในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย (166.6 ± 36.4 และ 158.0 ± 33.2 ตามลำดับ) ในขณะที่ระดับ HDL-C ผู้ชายสูงกว่าผู้หญิง (30.2 ± 9.0 และ 29.1 ± 9.2 ตามลำดับ) ระดับโคเลสเตอรอลสูงขึ้นตามอายุและระดับความอ้วน ขณะที่ระดับ HDL-C ลดลงตามระดับความอ้วน นอกจากนี้ยังพบว่าความชุกของระดับไขมันโคเลสเตอรอลสูงร้อยละ 3.0 และระดับ HDL-C ต่ำร้อยละ 74.9

อาหารของประชากรที่สำรวจมีจำนวนแคลอรีต่ำ และส่วนใหญ่ประกอบด้วยคาร์โบไฮเดรต (ร้อยละ 80 ของจำนวนแคลอรี) และมีอาหารประเภทไขมันต่ำมาก (ร้อยละ 8 ของจำนวนแคลอรี) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดสูง คือ อายุ เพศหญิง ความอ้วน และการรับประทานอาหารประเภทไขมัน ขณะที่ระดับ HDL-C ต่ำ มีความสัมพันธ์กับความอ้วนและอาชีพ การรับประทานอาหารไขมันต่ำมากในประชากรที่ศึกษา อาจอธิบายถึงการที่พบระดับโคเลสเตอรอล, HDL-C และ HDL-C/cholesterol ratio ต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรอื่น

นงน้อย วรรณวิน และคณะ (2536) ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบครบวงจรในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่สถานีนอนามัย โดยจัดทำมาตรฐานในการพยาบาล จัดระบบบริการ และจัดระบบสารสนเทศ ผลการวิจัย พบว่า การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ในเกณฑ์น่าพอใจ ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ระดับ Diastolic Blood Pressure ไม่เกิน 95 มม.ปรอท จำนวนผู้ป่วยมีด้นลดลง ผู้วิจัยเสนอแนะว่าควรมีการจัดทำมาตรฐานการรักษพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย ควรมีการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีนอนามัย มีการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาใกล้บ้าน สถานบริการที่ใหญ่กว่าควรสนับสนุนด้านวิชาการ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั่วร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ ยังพบว่า กิจกรรมเยี่ยมบ้าน เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความต่อเนื่องในการรักษา ส่วนการทำกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้ ความมั่นใจในการดำเนินการ และเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพบริการ

เกษม เล่งเวหาสฤติย์ และคณะ (2538) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกำแพงเพชร โดยศึกษาแบบ Case-control study ในผู้ป่วย 150 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ 50 คน และควบคุมความดันโลหิตได้ 100 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม จากบันทึกการตรวจโรคของแพทย์ ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดความดันโลหิต ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ได้แก่ เพศ โดยเพศชายจะเสี่ยงต่อการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มากกว่าเพศหญิง 258 เท่า ผู้ที่มีน้ำหนักตัวสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จะเสี่ยงมากกว่าผู้ที่มิ้นน้ำหนักตัวได้มาตรฐานหรือต่ำกว่ามาตรฐาน

นอกจากนี้พบว่าการประคบภาวะไม่สบายใจ, การดื่มสุรา, การสูบบุหรี่ และการลิ้มรับประทานยา จะมีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต

สุรยงค์ วรกุลสวัสดิ์ และคณะ (2536) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดพังงา โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพังงา จำนวน 40 คน เป็นความดันโลหิตสูงชนิด Essential hypertension ซึ่งมี DBP มากกว่า 90 มม.ปรอท ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะโรคทางสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วัดความดันโลหิต และบันทึกกิจกรรมกลุ่มบำบัด ผลการวิจัย พบว่า ความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เจ็บป่วย การให้ความรู้ต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การดำเนินกิจกรรมกลุ่มบำบัด ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น การออกกำลังกายจะได้จากการทำงานตามปกติ ปัจจัยที่มีผลต่อการมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง คือ ความกลัวต่อผลแทรกซ้อนของโรค โดยเฉพาะการเป็นอัมพาต

ศรีเกษ ธัญญาวิรัชกุล (2538) ได้ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ 6 หมู่บ้าน 2 อำเภอ ของจังหวัดเชียงใหม่ จำนวนประชากร 1,321 คน ค้นหาผู้ป่วยเบาหวานโดยวิธีตรวจวัดน้ำตาลในปัสสาวะและในเลือด ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ค้นหาด้วยวิธีวัดความดันโลหิต ในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาวิจัยจะได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Health intervention programs) ประกอบด้วย การให้ความรู้ การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย การศึกษาดูงาน ผลการวิจัย พบว่าความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มผู้ป่วยก่อนและหลังการวิจัยไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ก่อนและหลังแตกต่างกัน ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค และแรงจูงใจทางสุขภาพแตกต่างกัน ผู้วิจัยเห็นว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีความเหมาะสม

อรอนงค์ สัมพันธุ์ (2539) ได้ทำการศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอานันทมหิดล โรงพยาบาลลพบุรี และโรง

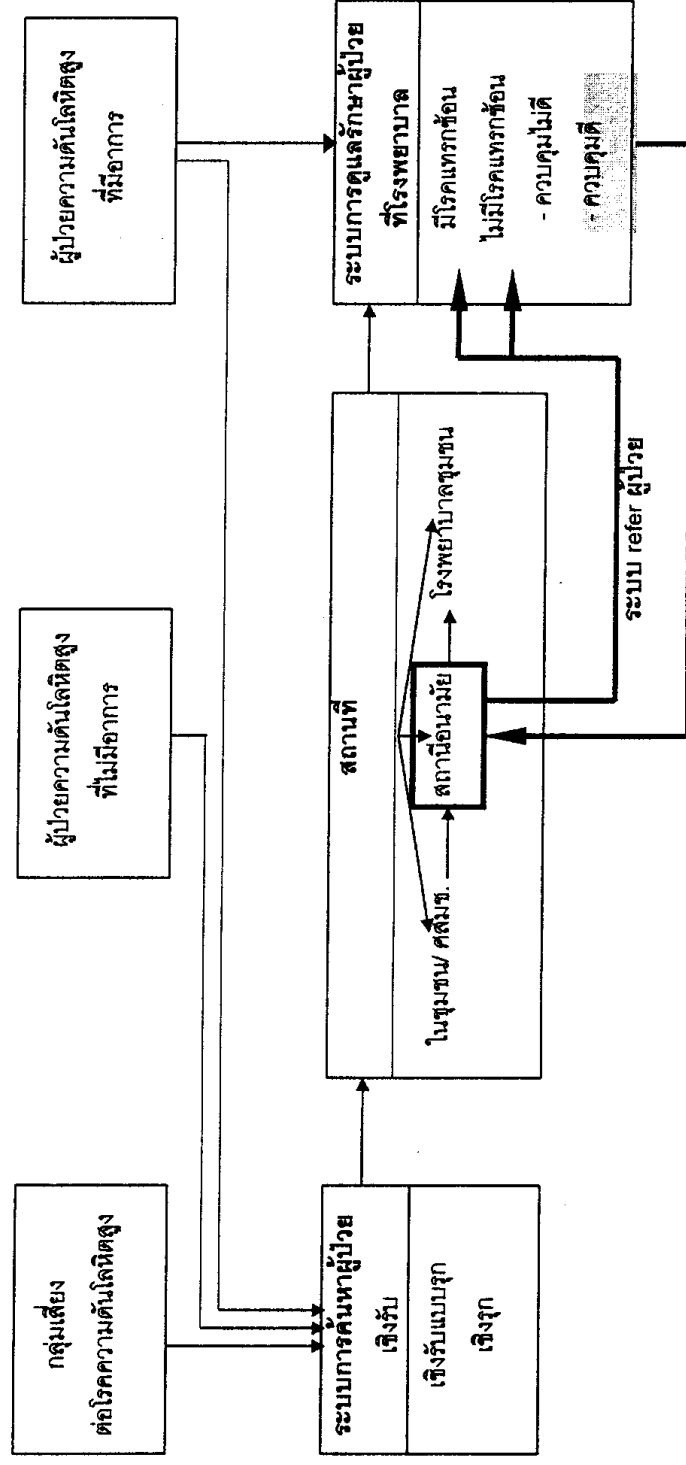
พยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี จำนวน 275 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองดี เป็นผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี ดังนั้นเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีในทุกด้าน ได้แก่ สาเหตุ อาการ การควบคุมรักษาระดับความดันโลหิต รวมทั้งปรับปรุงระบบบริการทางสุขภาพให้มีครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

จากที่กล่าวมาพบว่า การศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ทำในลักษณะของการศึกษาความสัมพันธ์ โดยศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูง ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยอาศัยแนวความคิดที่เชื่อว่า การที่บุคคลกระทำพฤติกรรมใดๆ ขึ้นอยู่กับความรู้ เจตคติ และทักษะในการกระทำ จึงได้มีโครงการให้ความรู้มากมาย ในลักษณะของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานยาที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย การศึกษาดูงาน ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เพิ่มมากขึ้น แต่ยังมีปัญหาในเรื่องการควบคุมความดันโลหิต และการปฏิบัติตัว สะท้อนให้เห็นว่า โครงการให้ความรู้ที่ผ่านมาไม่สามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน เนื่องจากไม่สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน

การศึกษาเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังมีน้อย ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เหมาะสมกับสถานอนามัย ภายใต้การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมกับปริมาณ ผู้วิจัย คาดว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้จะเป็นวิธีที่ทำให้เจ้าหน้าที่สถานอนามัยสามารถพัฒนาศักยภาพในการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ เพราะเป็นการปฏิบัติในสถานการณ์จริง สามารถปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยได้

2.5 กรอบแนวความคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยและพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง



บทที่ 3

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนากระบวนการบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่สถานีนอนามัยตำบล โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ตั้งแต่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลพล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข รวมถึงผู้รับบริการและครอบครัวในชุมชน โดยมีขั้นตอนและวิธีดำเนินงานดังต่อไปนี้

3.1 หน่วยที่ใช้ในการวิเคราะห์ (Unit of Analysis)

หน่วยที่ใช้ในการวิเคราะห์การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นระดับปัจเจกบุคคล คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

3.2 ประชากร (Population)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกเฉพาะโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพล

3.3 พื้นที่ที่ใช้ในการวิจัย

พื้นที่ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ โรงพยาบาลพล และสถานีนอนามัยจำนวน 4 แห่งที่คัดเลือกแบบเจาะจง ด้วยเหตุผลด้านความพร้อมของเจ้าหน้าที่ทั้งในระดับบริหารและระดับปฏิบัติ มีจำนวนเจ้าหน้าที่อย่างน้อย 3 คน ซึ่งสมัครใจที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบ เนื่องจากเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จึงจำเป็นต้องเลือกพื้นที่ที่มีศักยภาพและความพร้อมของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัยพัฒนา ได้แก่ สถานีนอนามัย ดังต่อไปนี้

- สถานีอนามัยตำบลเพ็กใหญ่
- สถานีอนามัยตำบลลอมคอม
- สถานีอนามัยตำบลเก้งจั่ว
- สถานีอนามัยตำบลโคกสง่า

3.4 ผู้ร่วมวิจัย

3.4.1 การเลือกผู้ร่วมวิจัย (กลุ่มทดลอง)

ผู้ร่วมวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีภูมิลำเนาในอำเภอลพบุรี และอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยทดลองที่ทำการศึกษา โดยคัดเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังนี้

- 3.4.1.1 เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกเฉพาะโรค (ความดันโลหิตสูง) แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพล
- 3.4.1.2 เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระดับ Mild หรือ Moderate hypertension
- 3.4.1.3 ได้รับการรักษาโดยวิธีการไม่ใช้ยา และใช้ยา โดยเฉพาะ Hydrochlorothiazide และ Methyl dopa
- 3.4.1.4 ไม่มีโรคแทรกซ้อนรุนแรง เช่น อาการทางสมอง โรคหัวใจ ตา หรือไต จากภาวะความดันโลหิตสูง และไม่มีโรคอื่นร่วมที่รุนแรง เช่น เบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งได้รับการตรวจโดยแพทย์และห้องปฏิบัติการที่โรงพยาบาลพล ดังต่อไปนี้
 - การวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง ด้วยเครื่องวัดความดันโลหิต พร้อมหูฟังที่ได้มาตรฐานโดยเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมการวัดความดันโลหิตอย่างถูกต้อง และมีประสบการณ์
 - การตรวจร่างกายทั่วไป
 - การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย:
Complete blood count (CBC)

Urinalysis (UA)

Fasting plasma glucose

Blood urea nitrogen (BUN), Creatinine (Cr.), Uric acid

Electrolytes

Chest X-ray (CXR)

Electrocardiogram (EKG)

3.4.1.5 สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยตลอด ในการส่งต่อไปรับบริการที่สถานีนอนามัย

3.4.2 การเลือกผู้ร่วมวิจัย (กลุ่มควบคุม)

ผู้ร่วมวิจัยที่ใช้ในการศึกษาเปรียบเทียบ คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งเพศชายและหญิง คัดเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับข้อ 3.4.1.1, 3.4.1.2, 3.4.1.3 และต้องการรักษาต่อที่โรงพยาบาลพล โดยมีคุณลักษณะของประชากร การอาศัยอยู่ในภูมิภานาที่มีลักษณะของสภาพภูมิศาสตร์ และสังคมวัฒนธรรม ใกล้เคียงกับผู้ร่วมวิจัยกลุ่มทดลอง ได้แก่ พื้นที่ตำบลหนองแวงโสภพระ หนองแวงนางเป้า เมืองพล ใจดหนองแก โสภนกเด็น โนนซ่า และหัวทุ่ง

3.5 ขั้นตอนการดำเนินการ

3.5.1 ระยะก่อนปฏิบัติการ (ระหว่างเดือนมกราคม - กรกฎาคม 2540)

3.5.1.1 กำหนดพื้นที่ในการศึกษา คือ โรงพยาบาลพล และสถานีนอนามัยตำบล 4 แห่ง

3.5.1.2 ทบทวนเอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่สถานีนอนามัยตำบล

3.5.1.3 ชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินงาน ให้ทีมวิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ทราบ

3.5.1.4 จัดตั้งคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลพล

3.5.1.5 คัดเลือกผู้ร่วมวิจัยแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม

คือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมจะได้รับการรักษาตามปกติที่โรงพยาบาลพล ส่วนกลุ่มทดลองจะถูกส่งไปรับการรักษาที่สถานีนอนามัย ด้วยความสมัครใจ ภายใต้หลักเกณฑ์การส่งต่อที่กำหนด

3.5.1.6 จัดอบรมแก่เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยตำบล การอบรมที่เหมาะสมควรใช้เวลาอย่างน้อย 3 ชั่วโมง ประกอบด้วยเรื่อง

- ธรรมชาติของโรคความดันโลหิตสูง
- ระบบหัวใจ หลอดเลือด การไหลเวียนโลหิต
- วิธีการวัดความดันโลหิต
- ศัพท์ที่ใช้ในความดันโลหิต
- การแปลผล
- การใช้แบบคัดกรองผู้ป่วย

3.5.1.7 กำหนดมาตรฐานและขั้นตอนในการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่สถานีนอนามัยตำบล

- เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการต้องผ่านการอบรมทางวิชาการ ในเรื่อง ความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 3 ชั่วโมง
- ตรวจสอบเครื่องวัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัย รักษา ติดตาม ประเมินผล อย่างสม่ำเสมอ
- ผู้ป่วยที่มาตามนัดจะต้องมีแผนการรักษาทุกครั้ง
- มีการติดตามการรักษาผู้ป่วย ที่ขาดการรักษาตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป
- มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล เมื่อพบภาวะแทรกซ้อน

3.5.1.8 จัดทำคู่มือการตรวจรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สำหรับเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย

3.5.1.9 จัดทำคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

3.5.1.10 จัดเตรียมทะเบียนรายงานต่างๆ ที่ใช้ในการจัดตั้งคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ไปไว้ที่สถานีนอนามัย

3.5.1.11 จัดเตรียมเครื่องวัดความดันโลหิตที่มีคุณภาพ และจัดเตรียมเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไปไว้ที่สถานีนอนามัย

3.5.1.12 ประชุมร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ วิเคราะห์สถานการณ์ สะท้อนปัญหา และความรู้สึกร่วมกันเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยที่สถานีนามัยที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยวิธีการสนทนากลุ่ม การสอบถาม แล้วนำข้อมูลมาสรุปเพื่อวางแผนร่วมกันในการเปิดให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนามัย

3.5.2 ระยะปฏิบัติการ (ระหว่างเดือนสิงหาคม 2540 - กันยายน 2541)

จัดระบบและให้บริการแบบครบวงจร ประกอบด้วย

- 3.5.2.1 ค้นหาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในชุมชน โดยให้ อสม. วัดความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 40 ปี และกลุ่มที่มีประวัติเสี่ยงถ้าพบว่ามีความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มม.ปรอท ให้ส่งต่อมายังสถานีนามัยประจำตำบล
- 3.5.2.2 ค้นหาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในสถานบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย รักษาเร็วที่สุด อันเป็นการป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย โดยวัดความดันโลหิตผู้ที่ส่งมาจากศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และผู้ป่วยทุกรายขณะมารับบริการที่สถานีนามัย ให้วัดความดันโลหิตที่แขนขากรรณิที่วัดแขนขาไม่ได้ ให้วัดแขนซ้าย (ให้ระบุไว้ด้วย) เพราะการวัดแขนเดิมมีความสำคัญ และวัดในท่านั่ง กรณีความดันโลหิตวัดได้ปกติ จะอธิบายค่าที่วัดได้ทั้ง 2 ค่า แก่ผู้ถูกวัด (ค่า systolic และค่า diastolic)
- 3.5.2.3 ในผู้ป่วยรายที่ส่งสัย เมื่อวัดความดันโลหิตที่สถานีนามัย ถ้าพบว่า ความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มม.ปรอท จะต้องวัดความดันโลหิตซ้ำ 2 ครั้ง แล้วใช้ค่าความดันโลหิตที่วัดได้ใหม่ในการพิจารณาส่งต่อ โดย
 - ถ้า $< 140/90$ มิลลิเมตรปรอท ให้นัดมาวัดซ้ำทุก 6 เดือน - 2 ปี และเริ่มแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง
 - ถ้า $\geq 140/90$ มิลลิเมตรปรอท ให้สุศึกษาด้านโภชนาการ ปัจจัยเสี่ยง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีชีวิต พร้อมส่งต่อผู้ป่วยมาโรงพยาบาลพล

เพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง

3.5.2.4 โรงพยาบาลพล ทำการวินิจฉัย ขึ้นทะเบียน และให้การรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้วยการไม่ใช้ยา หรือ การใช้ยา

3.5.2.5 โรงพยาบาลพล ส่งต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ดี หรือ ยอมรับได้ปกติ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไปรับการรักษาที่สถานีนามัยตำบลตามภูมิลำเนา

3.5.2.6 สถานีนามัยตำบลให้การรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นให้ผู้ป่วยมารับยาตามนัดทุกครั้ง

3.5.2.7 มีระบบติดตาม เยี่ยมบ้าน (Home visit) กรณีที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัด โดยใช้แบบฟอร์มบันทึกประวัติผู้ป่วยหรือบันทึกปฏิบัติการเฉพาะโรค และกล่องนัดหมายเป็นเครื่องมือ ซึ่งกิจกรรมที่ให้บริการขณะติดตามเยี่ยมบ้านนั้น ประกอบด้วย

- ติดตามดูสาเหตุ ปัญหา สภาพครอบครัว ที่ทำให้ไม่มาตามนัด
- การให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้เห็นความสำคัญของการมารับยาตามนัด
- ให้บริการวัดความดันโลหิต และจ่ายยาที่บ้าน ในรายที่มีความจำเป็น ไม่สามารถไปรับบริการได้ (ทั้งนี้ มิได้ให้บริการที่บ้านทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม มีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว)

3.5.2.8 นิเทศงานอย่างต่อเนื่อง โดยแพทย์หรือพยาบาลผู้รับผิดชอบงานคลินิกเฉพาะโรคของโรงพยาบาลพล อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

3.5.2.9 ส่งต่อผู้ป่วย และให้คำปรึกษาทางวิทยุ เมื่อมีปัญหา หรือข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีนามัย

3.5.3 ระยะวิเคราะห์สรุป (ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2541)

นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากชั้นระยะปฏิบัติการ มาวิเคราะห์ร่วมกัน หาวิธีการในการปรับปรุงการดำเนินการที่ผ่านมาให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น และสรุปวิเคราะห์รูปแบบและการบริหารจัดการระบบ

การให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานื่อนามัยตำบล ประเมินผลคุณภาพของการให้บริการ

3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

3.6.1 เครื่องวัดความดันโลหิต ใช้เครื่องวัดแบบปรอท (Sphygmomanometer) ที่ได้มาตรฐาน ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงแล้ว มีหน่วยวัดเป็นมิลลิเมตรปรอท (mmHg)

3.6.2 เกณฑ์มาตรฐานการวินิจฉัยและบำบัดโรคความดันโลหิตสูง ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ปี ค.ศ. 1993 ในการวินิจฉัย แบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง บำบัดรักษา และประเมินผลการควบคุมความดันโลหิต

3.6.3 แบบสอบถาม ในการวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งแบบสอบถามออกเป็นหมวด ดังต่อไปนี้

3.6.3.1 ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ การนับถือศาสนา และเศรษฐกิจ)

3.6.3.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยที่ผ่านมา (เฉพาะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง)

3.6.3.3 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง (อาการ ปัจจัยเสี่ยง สาเหตุ)

3.6.3.4 ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรค เช่น ปวดศีรษะ วิงเวียน เลือดกำเดาออก เหนื่อยง่าย บวมที่หน้าและเท้า

3.6.3.5 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน การดื่มเหล้า และการสูบบุหรี่

3.6.3.6 ความพึงพอใจต่อการไปรับบริการที่สถานื่อนามัย ในด้าน: ความสะดวกที่ได้รับ ทัศนคติ ความสนใจของเจ้าหน้าที่, สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์, คุณภาพการบริการ และค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ

3.6.4 แนวทางสนทนากลุ่ม เพื่อใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพใน 2 ประเด็น คือ เกี่ยวกับรูปแบบการให้บริการของสถานีนอนามัย และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการมารับบริการที่สถานีนอนามัย

3.6.5 บัตรปฏิบัติการเฉพาะโรค (Operational card) เพื่อบันทึกระดับความดันโลหิต ชนิดและปริมาณยา ค่าใช้จ่าย และวันนัด

3.6.6 คู่มือมาตรฐานการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง (standard instruction) ซึ่งสร้างขึ้นโดยอิงมาตรฐานในการวินิจฉัยและบำบัดรักษาขององค์การอนามัยโลก และคณะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงของไทย ในลักษณะของการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับผู้ป่วย ระดับสถานีนอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน

3.6.7 ทะเบียนรายงานต่างๆ ในการจัดบริการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ทั้งวิธีการเก็บเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม และบัตรปฏิบัติการเฉพาะโรค และการเก็บเชิงคุณภาพด้วยการสังเกต (แบบไม่มีส่วนร่วม และมีส่วนร่วม) การจดบันทึก การประชุมกลุ่มทำงาน และการสนทนากลุ่ม โดยจำแนกออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

3.7.1 การรวบรวมข้อมูลเพื่อการวางแผน เป็นการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับวิเคราะห์ และวางแผนการจัดระบบบริการที่เหมาะสมที่สถานีนอนามัย

3.7.2 การรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลการวิจัย จะเก็บข้อมูลเพื่อประเมินในด้าน :

3.7.2.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย

3.7.2.2 ความเหมาะสมของรูปแบบ และการจัดการระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่สถานีนอนามัย

3.7.2.3 คุณภาพการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนอนามัย

- การควบคุมระดับความดันโลหิต (ทั้งนี้อาจรวมถึง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น หรือเปลี่ยนแปลงไป ผลข้างเคียงของการรักษา เช่น ยา เป็นต้น)
- ความร่วมมือในการรักษา
- ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อไปรับบริการ
- ความพึงพอใจต่อการไปรับบริการที่สถานีนอนามัย

3.8 การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บข้อมูลต่างๆ ได้ครบถ้วนตามต้องการแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องและทำการแยกประเภทของข้อมูลเพื่อดำเนินการ คือ

3.8.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

3.8.1.1 การประมวลผลข้อมูล ข้อมูลที่ได้นำมาประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์

3.8.1.2 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ SPSS/PC* (Statistical Package for the Social Science) โดยใช้สถิติ ดังนี้

- สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ลักษณะของประชากร วิเคราะห์การกระจายโดยวิธีการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าใช้จ่าย

- สถิติวิเคราะห์ (Analysis Statistics) ใช้วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การมาตามนัด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ X^2 -test และ Independent t-test

3.8.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการจัดระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการมารับบริการที่สถานีนามัย ซึ่งได้จากสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และการสังเกต ข้อมูลเหล่านี้จะถูกนำไปวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และกำหนดรหัสเพื่อแสดงแหล่งที่มาของข้อมูล ดังนี้

FO-0-00

F หมายถึง การสนทนากลุ่ม

หมายเลขตำแหน่งที่ 1 หมายถึง สถานีนามัยตำบล

- 1 หมายถึง สถานีนามัยตำบลเพ็กใหญ่
- 2 หมายถึง สถานีนามัยตำบลเก่าจั่ว
- 3 หมายถึง สถานีนามัยตำบลโคกสง่า
- 4 หมายถึง สถานีนามัยตำบลลอมคอม

หมายเลขตำแหน่งที่ 2 หมายถึง เพศของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

- 1 หมายถึง เพศชาย
- 2 หมายถึง เพศหญิง

หมายเลขตำแหน่งที่ 3 และ 4 หมายถึง ลำดับที่ของสมาชิกที่นั่งในการสนทนากลุ่ม

ยกตัวอย่าง เช่น

“

F1-2-06

หมายถึง ข้อมูลได้จากการสนทนากลุ่ม ที่สถานีอนามัยตำบลเพ็กใหญ่ ผู้ให้ข้อมูล
เป็นเพศหญิง และนั่งอยู่ในลำดับที่ 6 ของการสนทนากลุ่ม

3.9 การนำเสนอข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอข้อมูลและผลการศึกษาในรูปแบบตาราง กราฟ และบรรยาย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

จากการวิจัยและพัฒนากระบวนการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนามัยตำบล อำเภอ พล จังหวัดขอนแก่น สรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

4.1 รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนามัย

ก่อนที่จะมีการศึกษาวิจัย รูปแบบของการให้บริการแก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงภายใน อำเภอพล แต่เดิมจะรวมศูนย์อยู่ที่โรงพยาบาล กล่าวคือ ผู้ที่สงสัยว่าเป็นหรือมีอาการของโรค ความดันโลหิตสูงที่ผ่านการตรวจคัดกรองเบื้องต้นด้วยการวัดความดันโลหิต ทั้งจากในชุมชนโดย ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) หรือ จากสถานีนามัย จะต้องมารับการตรวจเพื่อยืนยัน การวินิจฉัย (ครั้งแรก) จากแพทย์ที่โรงพยาบาลพล ถ้าพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงก็จะทำการ รักษา ให้สุศึกษา และฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลตลอดไป

เมื่อทำการศึกษาวิจัย โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่า หลังจากได้ดำเนินการและพัฒนาไปแล้ว การให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงภายในอำเภอพลได้มีการปรับเปลี่ยนจากเดิม โดยมีการคัดเลือกผู้ป่วยที่รับการรักษา ณ โรงพยาบาลพล ซึ่งสามารถ ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หรือเป็นที่ยอมรับได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ตามเกณฑ์ที่ กำหนดขึ้นเพื่อการส่งต่อ) อีกทั้งมีความสมัครใจ จะถูกส่งกลับไปรักษายังสถานีนามัยที่ได้รับ การคัดเลือกว่า มีความพร้อมและผ่านการเตรียมการในด้านต่างๆ อาทิเช่น ด้านบุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ และเครื่องวัดความดันโลหิตที่ได้มาตรฐาน ทั้งนี้ ภายใต้การนิเทศงาน และ ควบคุมมาตรฐาน คุณภาพ จากทีมบุคลากรของโรงพยาบาลพล หากพบว่าผู้ป่วยที่ไปรักษายัง สถานีนามัยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หรือ เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น หรือจำเป็นต้อง เข้ารับการตรวจประจำปี เช่น ตรวจจอตา ตรวจการทำงานของไต ก็จะถูกส่งตัวกลับมา รักษายังโรงพยาบาล

ด้านระบบการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงภายในสถานีนามัยทั้ง 4 แห่งนั้น หลังจากเปิดให้บริการ ได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการให้สอดคล้องและเหมาะสมกับในแต่ละพื้นที่ โดยยังคงมีลักษณะร่วมในส่วนที่คล้ายคลึงกันของขั้นตอนการจัดระบบบริการ กล่าวคือ

เริ่มจากการค้นบัตรผู้ป่วยที่นัดไว้ล่วงหน้า เมื่อผู้ป่วยมารับบริการตามนัด จะทำการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ให้สุขศึกษารายบุคคล (ขณะให้บริการ) และรายกลุ่ม (ระหว่างรอและหลังการให้บริการ) รวมกลุ่มออกกำลังกาย (ในบางสถานีนามัย จะมีกิจกรรมรับประทานอาหารร่วมกันด้วย) จ่ายยา-พร้อมคำแนะนำ กำหนดวันนัดครั้งต่อไป ให้ผู้ป่วยกลับบ้าน เจ้าหน้าที่ทำการลงทะเบียน-บันทึกรายงาน และเก็บบัตรลงในกล่องนัด

สำหรับผู้ป่วยรายที่ไม่มาตามนัด จะให้บริการแยกออกไปในระบบบริการปกติ หรือเข้าสู่ระบบติดตามเยี่ยมบ้านต่อไป โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในระบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนามัย ดังต่อไปนี้ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่สถานีนามัยตำบล

เครื่องมือ	ลักษณะ
1. สมุดคู่มือประจำตัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Personal Book for HT patient)	เป็นสมุดสำหรับบันทึกการรักษาของผู้ป่วย มีคำแนะนำพร้อมวิธีการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
2. แผนภูมิประจำบ้าน สำหรับการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สำคัญ (HT Care Map for patient)	เป็นแผนภูมิภาพติดผนังที่บ้านสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและครอบครัว เพื่อช่วยหรือเตือนความจำในประเด็นที่สำคัญ ข้อควรระวัง โรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น พร้อมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นก่อนที่จะนำส่งสถานีนามัย หรือโรงพยาบาล
3. บัตรปฏิบัติการ บันทึกการรักษาโรคเรื้อรัง “ความดันโลหิตสูง” (Operational Card for HT patient)	เป็นบัตรปฏิบัติการเฉพาะโรค สำหรับบันทึกรายละเอียดการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ออกแบบเพื่อให้ง่าย และเหมาะสมสำหรับระดับสถานีนามัย ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือ	ลักษณะ
4. คู่มือมาตรฐานการรักษาความดันโลหิตสูง ระดับสถานีนามัย (Standard Instruction for HT Treatment)	เป็นคู่มือที่กำหนดรายละเอียดต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างครบถ้วนที่สถานีนามัยอย่างมีมาตรฐาน โดยผ่านการปรึกษาร่วมกันระหว่างอายุรแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์ระบาดวิทยา พยาบาล และเจ้าหน้าที่สถานีนามัย
5. แผนภูมิการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สำหรับเจ้าหน้าที่สถานีนามัย (HT Care Map for Health Center Personnel)	เป็นแผนภาพติดผนังที่สถานีนามัยเพื่อช่วยหรือเตือนความจำในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วในประเด็นที่สำคัญ ในลักษณะของการแสดงขั้นตอนการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างกะทัดรัด ทำให้บำบัดรักษาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
6. หนังสืออ้างอิง สำหรับค้นคว้าเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Reference Book)	เป็นหนังสือที่รวบรวมและประมวลความรู้ในด้านต่างๆ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอย่างละเอียด เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่สนใจสามารถค้นคว้า และทำความเข้าใจเพิ่มเติมเมื่อประสบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย
7. กล่องนัดหมายผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Appointment Box)	เป็นกล่องที่ช่วยแยกการนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตาม วัน/เวลา ที่นัดหมาย ทำให้สามารถที่จะทราบและติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดหมาย ได้อย่างครอบคลุม

4.2 ลักษณะทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย

ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ณ คลินิกเฉพาะโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพล แยกออกเป็นกลุ่มทดลอง (เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์การส่งต่อ และทำการส่งออกไปรักษายังสถานีนามัยด้วยความสมัครใจ) และกลุ่มควบคุม (เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่จัดอยู่ในระดับเดียวกันกับกลุ่มทดลอง แต่สมัครใจรักษาที่โรงพยาบาล) ทั้งนี้ พบว่ามีลักษณะทั่วไปของผู้ร่วมวิจัยดังนี้ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย

ลักษณะทั่วไป ของผู้ร่วมวิจัย	สถานีนามัย		โรงพยาบาล	
	จำนวน (n=43)	ร้อยละ	จำนวน (n=43)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	13	30.23	3	6.98
หญิง	30	69.77	40	93.02
อายุ (ปี)				
< 39	-	-	3	6.98
40-49	3	6.98	8	18.61
50-59	17	39.53	17	39.53
≥ 60 ปีขึ้นไป	23	53.49	15	34.88
ที่อยู่				
1. สอด.หนองแขวงโลกพระ	-	-	4	9.30
2. สอด.หนองแขวงนางบัว	-	-	3	6.98
3. สอด.เมืองพล	-	-	11	25.58
4. สอด.ใจหนองแก	-	-	8	18.61
5. สอด.โสกนกเต็น	-	-	6	13.95
6. สอด.โนนข่า	-	-	7	16.28
7. สอด.ลอมคอม	10	23.26	4	9.30
8. สอด.เพ็กใหญ่	11	25.58	-	-
9. สอด.เก่าจัว	11	25.58	-	-
10. สอด.โคกสง่า	11	25.58	-	-
สถานภาพสมรส				
โสด	2	4.65	2	4.65
แต่งงานแล้วอยู่ด้วยกัน	34	79.07	35	81.40
แต่งงานแล้วแยกกันอยู่	1	2.33	2	4.65
หม้าย	6	13.95	4	9.30

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป ของผู้ร่วมวิจัย	สถานีนอนามัย		โรงพยาบาล	
	จำนวน (n=43)	ร้อยละ	จำนวน (n=43)	ร้อยละ
อาชีพ				
รับจ้าง	1	2.32	3	6.98
เกษตรกรรวม	37	86.05	36	83.72
อื่น ๆ	5	11.63	4	9.30
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	3	6.98	8	18.61
ระดับประถมศึกษา	36	83.72	31	72.09
ระดับมัธยมศึกษา	1	2.32	4	9.30
อื่น ๆ	3	6.98	-	-
ศาสนา				
พุทธ	43	100.0	42	97.67
คริสต์	-	-	1	2.33
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)				
≤ 1,000	-	-	5	11.63
1,001- 2,000	7	16.28	2	4.65
2,001- 3,000	11	25.58	20	46.51
3,001- 4,000	13	30.23	10	23.26
> 4,000	12	27.91	6	13.95
สิทธิการรักษาพยาบาล				
จ่ายเอง	1	2.33	2	4.65
บัตรสงเคราะห์	1	2.33	9	20.93
บัตรสุขภาพ	15	34.88	17	39.53
บัตรสูงอายุ	20	46.51	13	30.23
เบิกได้	2	4.65	1	2.33
อื่นๆ	4	9.30	1	2.33

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ร่วมวิจัยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง น้อย หรือ รุนแรงปานกลาง ที่ไปรับบริการที่สถานีนอนามัย และยังคงรับบริการที่โรงพยาบาล แห่งละ 43 คน

เมื่อพิจารณาด้านเพศของผู้ป่วย พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.77 และ 93.02 ในกลุ่มที่รับบริการที่สถานีนอนามัย และโรงพยาบาล ในขณะที่เป็นเพศชาย เพียงร้อยละ 30.23 และ 6.98 ตามลำดับ

ด้านอายุ ส่วนมากมีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป โดยกลุ่มที่รับบริการที่สถานีนอนามัย มีอายุมากกว่า 60 ปี มากที่สุดร้อยละ 53.49 รองลงมาคือ อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 39.53 และอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 6.98 ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่โรงพยาบาล มีอายุ 50-59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 39.53 รองลงมาคือ อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 34.88 อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 18.61 และอายุน้อยกว่า 39 ปี ร้อยละ 6.98 ตามลำดับ

ด้านที่อยู่อาศัย พบว่า กลุ่มที่รับบริการที่สถานีนอนามัย อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีนอนามัยลอมคอม เพ็กใหญ่ เก่าจัว และโคกสง่า คิดเป็นร้อยละ 23.26, 25.58, 25.58 และ 25.58 ตามลำดับ กลุ่มผู้รับบริการที่โรงพยาบาล อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีนอนามัยหนองแวง-โสภพระ หนองแวงนางเป้า เมืองพล โฉดหนองแก โสภนกเต็น โนนซ่า และลอมคอม คิดเป็นร้อยละ 9.30, 6.98, 25.58, 18.61, 13.95, 16.28 และ 9.30 ตามลำดับ

ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ผู้ร่วมวิจัยส่วนมาก มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่กันด้วยกัน โดยจำแนกเป็นกลุ่มที่รับบริการที่สถานีนอนามัย แต่งงานแล้วอยู่ด้วยกันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ร้อยละ 79.07 รองลงมาคือ หม้าย ร้อยละ 13.95 โสด และแต่งงานแล้วแยกกันอยู่ ร้อยละ 4.65 และ 4.65 ตามลำดับ กลุ่มที่รับบริการที่โรงพยาบาล แต่งงานแล้วอยู่ด้วยกันมากที่สุดเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 81.40 รองลงมาคือ หม้าย ร้อยละ 13.95 โสด ร้อยละ 4.65 และแต่งงานแล้วแยกกันอยู่ ร้อยละ 2.33

เมื่อจำแนกตามลักษณะอาชีพ พบว่า ผู้ร่วมวิจัยทั้งสองส่วนใหญ่มีอาชีพทางเกษตรกรรม ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน โดยในกลุ่มที่รับบริการที่สถานีนอนามัย มีอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิด

เป็นร้อยละ 86.05 รองลงมาคือ ประกอบอาชีพอื่นๆ ร้อยละ 11.63 และรับจ้าง ร้อยละ 2.32 ส่วนในกลุ่มรับบริการที่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 83.72, 9.30 และ 6.98 ตามลำดับเช่นเดียวกันกับกลุ่มที่รับบริการที่สถานีนอนามัย

ด้านระดับการศึกษา พบระดับประถมศึกษามากที่สุด จำแนกเป็นกลุ่มที่รับบริการที่สถานีนอนามัยร้อยละ 83.72 และ กลุ่มที่รับบริการที่โรงพยาบาล ร้อยละ 72.09 ขณะที่ระดับไม่ได้รับการศึกษา พบมากถึงร้อยละ 18.60 ในกลุ่มที่รับบริการที่โรงพยาบาล และพบเพียงร้อยละ 6.98 ในกลุ่มที่รับบริการที่สถานีนอนามัย

ด้านศาสนา พบว่า กลุ่มที่รับบริการที่สถานีนอนามัย นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มรับบริการที่โรงพยาบาล นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 97.67 และนับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 2.33

ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ร่วมวิจัย พบว่า ส่วนมากมีรายได้เฉลี่ย ระหว่าง 2,001-3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 36.05 ของผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด เมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มการรับบริการ พบว่า กลุ่มที่รับบริการที่สถานีนอนามัย ส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,001-4,000 บาท ร้อยละ 30.23 รองลงมาคือ มากกว่า 4,000 บาท ร้อยละ 27.91 ระหว่าง 2,001-3,000 บาท ร้อยละ 25.58 และระหว่าง 1,001-2,000 บาท ร้อยละ 16.28 ส่วนกลุ่มที่รับบริการที่โรงพยาบาล ส่วนมากมีรายได้ระหว่าง 2,001-3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 46.51 รองลงมาคือ ระหว่าง 3,001-4,000 บาท ร้อยละ 23.26 มากกว่า 4,000 บาท ร้อยละ 13.95 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท ร้อยละ 11.63 และระหว่าง 1,001-2,000 บาท ร้อยละ 4.65 ตามลำดับ

ด้านสิทธิในการรักษาพยาบาล พบว่า ส่วนมากใช้สิทธิบัตรสวัสดิการักษาประชาชนประเภทผู้สูงอายุ รองลงมาคือ บัตรสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 38.37 และ 37.21 ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่า ผู้รับบริการที่สถานีนอนามัย ใช้สิทธิผู้สูงอายุมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.51 รองลงมาคือ บัตรสุขภาพ ร้อยละ 34.88 เบิกได้ ร้อยละ 4.65 จ่ายเอง ร้อยละ 2.33 บัตรสงเคราะห์ ร้อยละ 2.33 และอื่นๆ ร้อยละ 9.30 ตามลำดับ ส่วนผู้มารับบริการที่โรงพยาบาล ส่วนมากใช้สิทธิบัตรสุขภาพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.53 รองลงมาคือ บัตรผู้สูงอายุ ร้อยละ 30.23 บัตรสงเคราะห์ ร้อยละ 20.93 จ่ายเอง ร้อยละ 4.65 เบิกได้ ร้อยละ 2.33 อื่นๆ ร้อยละ 2.33 ตามลำดับ สาเหตุ

อาจเนื่องมาจาก การที่กลุ่มผู้รับบริการที่สถานีนอนามัย ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ในขณะที่ผู้รับบริการที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ซึ่งยังไม่สามารถใช้สิทธิผู้สูงอายุได้ ประกอบกับความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาตลอดชีวิต หรือเป็นเวลานาน ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้มารับบริการจึงมักเลือกซื้อบัตรสุขภาพ เป็นผลให้มีการใช้สิทธิบัตรสุขภาพในกลุ่มนี้สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ

4.3 ความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตัว เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงในผู้ร่วมวิจัย

ก่อนดำเนินการเปิดให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนอนามัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนากลุ่ม ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมศึกษาวิจัยทั้ง 4 สถานีนอนามัย แห่งละ 1 ครั้ง เพื่อศึกษาสภาวะของผู้ป่วยในเรื่อง ความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตัว เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับการให้บริการและการมารับบริการที่สถานีนอนามัย ตลอดจนความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้บริการที่สถานีนอนามัย สามารถสรุปผลการสนทนากลุ่มได้ ดังนี้

4.3.1 ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

4.3.1.1 ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เกิดขึ้นกับตัวเอง รักษาไม่หายขาด เป็นโรคที่น่ากลัว เป็นโรคที่มีอาการแทรกซ้อนหลายอย่าง และเข้าใจว่าการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ จะสามารถลดอาการข้างเคียงได้ ดังคำบอกเล่าว่า

“เป็นโรคที่น่ากลัว เพราะเวลามีอาการจะตาย วิงเวียน เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม”

(F1-2-08)

“เป็นโรคที่มีอาการแทรกซ้อนหลายอย่าง ถ้าเราปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เพราะหมอเคยพูดให้เราฟัง เราต้องปฏิบัติตามที่หมอแนะนำเพื่อควบคุมและลดอาการแทรกซ้อน และเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดจะติดตัวเราไปตลอดชีวิต”

(F1-1-07)

“อาการที่เป็นเกิดขึ้นกับตัวเองคงไม่หาย เพราะมันปวดศีรษะมาก เวลาพักผ่อนอาการจะดีขึ้น แต่ถ้าคิดมาก หรือทำงานหนักก็จะมีอาการขึ้นอีก หมอก็แนะนำให้ปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง โรคนี้รักษาไม่หายขาดแน่”

(F1-1-07)

4.3.1.2 สาเหตุของโรคความดันโลหิต

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 70 ไม่ทราบเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่เหลือ ร้อยละ 30 มีความเข้าใจแตกต่างกันในเรื่องของสาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยคิดว่า สาเหตุเกิดจากกรรมพันธุ์ ความเครียด วิถีการก่งวล หรือเกิดจากการทำงานหนัก พักผ่อนไม่เพียงพอ หัวใจทำงานไม่ดี การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ดังคำบอกเล่าว่า

“เกิดจากกรรมพันธุ์ เกิดจากการคิดมาก ดึงเครียด”

(F1-1-01)

“เกิดจากความวิตกกังวลในเรื่องการค้าขาย กลัวขายไม่ดี กลัวไม่มีรถกลับบ้าน กลัวไม่มีค่าเทอมให้ลูก”

(F1-1-06)

“เกิดจากหัวใจ หัวใจไม่ดี เหมือนเราไม่มีหัวใจ คิดอะไรก็คิดไม่ออก หลงลืม”

(F1-2-05)

จากที่กล่าวมาผู้ป่วยเข้าใจว่าสาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เกิดจากกรรมพันธุ์ เกิดจากความวิตกกังวล และเกิดจากหัวใจทำงานไม่ปกติ ซึ่งตรงกับตำราเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาที่มีหลักฐานที่ค่อนข้างจะแน่ชัดว่า การที่บุคคลภายในครอบครัวมีความดันโลหิตสูงจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ ถ้าหากบิดามารดาเป็นความดันโลหิตสูง โอกาสที่บุตรจะเป็นค่อนข้างสูง และโอกาสที่พี่น้องในตระกูลเดียวกันเป็นโรคความดันโลหิตสูงก็มากขึ้นด้วย จากการทดลองในสัตว์ พบว่า ความเครียดทางอารมณ์ทำให้มีการหลั่งของฮอร์โมน catecholamine ซึ่งมีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรงได้ และพบว่าระดับฮอร์โมน catecholamine จะสูงผิดปกติในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential or Primary Hypertension) ในพวกที่มีความวิตกกังวล (anxiety) พบว่า การเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ จะมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2540)

4.3.1.3 อาการของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบเกี่ยวกับอาการของโรคความดันโลหิตสูง และสามารถบอกได้ถูกต้อง โดยบอกตามอาการที่เกิดขึ้นกับตัวเอง เช่น ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ ปวดท้ายทอย ตาพร่ามัว เจ็บหน้าอก มีน้ำตามตามแขนขา ปวดเข่า ออกกำลังกายตามตัว และมีเหงื่อออกมาก เป็นต้น

อาการเหล่านี้เป็นประสบการณ์ตรง และเป็นอาการที่ตรงกับตำราเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งกล่าวว่า (วิรัตน์ บุญครอง, 2530; สุนทร ศิริภักดิ์ และคณะ, 2533)

- ปวดศีรษะ (Headache) มักพบในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง อาการปวดส่วนมากจะปวดที่บริเวณท้ายทอย เกิดขึ้นในตอนเช้าและมักจะหายไปภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมงต่อมา อาจมีอาการคลื่นไส้ ตามัวร่วมด้วย
- มีความรู้สึกวิงเวียนศีรษะ (Dizziness)
- อาการอ่อนเพลีย ใจสั่น นอนไม่หลับ กระวนกระวาย

4.3.1.4 เพราะเหตุใดต้องรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยคิดว่า เมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วจำเป็นต้องได้รับการรักษา เนื่องจากจะมีอาการจะเหนื่อย เหมือนใจจะขาด ประกอบกับผู้ป่วยกลัวเส้นเลือดในสมองแตก กลัวเป็นอัมพาต มีบางรายกลัวทรมาน เพราะจะมีอาการปวดศีรษะ จึงรับประทานยาตามที่แพทย์แนะนำ

4.3.1.5 การรักษาโรคความดันโลหิตสูงต้องใช้เวลานานเท่าไร

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่ทราบว่าต้องรักษาโรคความดันโลหิตสูงนานเท่าใด ขึ้นอยู่กับการรักษาของแพทย์ คิดว่าต้องรักษาไปเรื่อยๆ จนกว่าแพทย์จะบอกให้หยุดยา บางรายต้องรักษานานประมาณ 11-20 ปี เนื่องจากผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากแพทย์ว่าต้องรับประทานยาลดเวลา และบางรายตอบว่าเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จึงต้องใช้เวลาในการรักษานาน มี 2 รายที่คิดว่ารับประทานยาเฉพาะวันที่มีอาการปวดศีรษะ ถ้าไม่มีอาการผิดปกติก็หยุดรับประทานยาได้ บางรายคิดว่าต้องรักษาจนกว่าความดันโลหิตจะลดลง

4.3.1.6 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การรับประทานยา

ผู้ป่วยส่วนมากรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด เพราะกลัวจะมีโรคแทรกแซง เช่น โรคเบาหวาน โรคตับ โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น แต่บางรายรับประทานยาเมื่อมีอาการปวดศีรษะ บางรายรับประทานยาสมุนไพรไปด้วย ผู้ป่วยส่วนมากรับประทานยาล้างอาหาร ดังคำบอกเล่าว่า

"ต้องรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ เพราะกลัวโรคแทรกแซง เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน"

(F1-2-04)

"กลัวตาย กลัวโรคแทรกซ้อน จึงต้องรับประทานยาตามที่หมอบอก"

(F1-2-06)

การออกกำลังกาย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าการออกกำลังกายไม่จำเป็น ประกอบกับกลัวหกล้มทำให้เส้นเลือดในสมองแตกจึงไม่ได้ออกกำลังกาย ส่วนผู้ป่วยซึ่งมีโรคเบาหวานร่วมด้วย และอยู่ในชมรมผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมการออกกำลังกาย คิดว่าการออกกำลังกายจะช่วยในการรักษา จึงออกกำลังกายในตอนเช้า โดยการวิ่งเหยาะๆ ยกแขนยกขา เดินเข้าจิงหะตามทีวี กวาดบริเวณรอบๆ บ้าน ขุดแปลงผัก เดินไปทุ่งนา เป็นต้น ออกกำลังกายอาทิตย์ละ 2-3 ครั้งๆ ละ 10-15 นาที

การควบคุมอาหาร

ส่วนใหญ่ร้อยละ 100 รับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ควบคุมอาหารโดยการลดอาหารที่มีรสเค็ม รสหวาน รสเผ็ด และลดอาหารที่มีไขมันมาก ดังคำบอกเล่าว่า

"กินธรรมดา ไม่กินเผ็ด ไม่กินเค็ม อาหารไม่ควรแยกจากสมาชิกในครอบครัว"

(F2-2-07)

การปฏิบัติตัวด้านอื่นๆ

ผู้ป่วยส่วนมากจะมีระดับตัวเองในการเดินหรือการเคลื่อนไหวต่างๆ เพราะกลัวหกล้ม เส้นเลือดในสมองแตก บางรายพยายามไม่วิตกกังวล ทำจิตใจให้สงบ ทำอารมณ์ให้ดี ไม่คิดมาก ไม่โกรธง่าย พักผ่อนให้มากขึ้น บางรายปฏิบัติตามปกติ เพราะไม่มีอาการผิดปกติใดๆ

4.3.2. ทักษะและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

4.3.2.1 ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจาก

ส่วนใหญ่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่อไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เมื่อมีอาการปวดศีรษะแล้วไปตรวจ แพทย์บอกว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง บางรายไปตรวจรักษาโรคเบาหวานแล้วแพทย์บอกว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย

4.3.2.2 ความรู้สึกเมื่อทราบว่าตนเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ครั้งแรกเมื่อทราบว่าตนเป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่รู้สึกตกใจ กลัวตาย กลัวเป็นอัมพาต ในรายที่เป็นเบาหวาน แล้วตรวจพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยจะรู้สึกเฉยๆ เพราะคิดว่ามียารักษาจึงไม่น่ากลัวอะไร มี 1 ราย รู้สึกดีใจเพราะจะได้รักษา และดูแลตัวเองได้ถูกต้อง

4.3.2.3 การรักษาเมื่อทราบว่าตนเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนใหญ่ร้อยละ 100 รักษาที่โรงพยาบาลพล บางรายรักษาที่คลินิกควบคู่ไปด้วย เพราะคลินิกอยู่ใกล้บ้านและสะดวก ส่วนใหญ่เคยใช้สมุนไพรร่วมด้วย แต่เลิกใช้เพราะคิดว่าไม่ได้ผล ปัจจุบันมีผู้ป่วย 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.62 ทำการรักษาโดยใช้สมุนไพรควบคู่ไปกับการรับยาที่โรงพยาบาล เพราะมีคนแนะนำว่าได้ผลดี ดังคำบอกเล่าว่า

“เคยต้มผักม่วง ผักขวย เพราะเขาบอกว่ากินแล้วจะหายจากโรคความดันโลหิตสูง แต่รู้สึกเหมือนเดิม จึงเลิกใช้”

(F1-2-05)

“รักษาที่โรงพยาบาลพล และใช้สมุนไพรที่ลูกซื้อมาให้จากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คือ ดอกคำฝอย ฟ้าทะลายโจร กระเทียมโทน ลูกบอกว่าเป็นยาลดความดัน กินแล้วสบายตัว ความดันลด” (F2-2-06)

4.3.2.4 รับประทานยาแล้วหายขาดหรือไม่

ส่วนใหญ่คิดว่าการรักษาโรคความดันโลหิตสูงไม่หายขาด เพราะทราบจากแพทย์ว่ารักษาไม่หายขาด ต้องรับประทานไปเรื่อยๆ อาการจะดีขึ้นถ้ารับประทานยาสม่ำเสมอ บางรายคิดว่ารักษาหายขาดหากทำจิตใจให้สบาย ก็จะไม่มีอาการผิดปกติ

4.3.2.5 การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนใหญ่พยายามลดความวิตกกังวล เพราะคิดว่าความวิตกกังวลจะทำให้มีอาการปวดศีรษะ และทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนั้น พยายามพักผ่อนให้เพียงพอ งดการสูบบุหรี่ งดสิ่งเสพติดที่มีแอลกอฮอล์

4.3.3 ความรู้และการใช้บริการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานอนามัยตำบล

ส่วนใหญ่ทราบว่าสถานอนามัยให้บริการด้านการรักษาพยาบาล งานอนามัยแม่และเด็ก แต่ไม่ทราบงานเกี่ยวกับด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม หรืองานป้องกันโรค ส่วนน้อยที่ทราบเวลาการเปิด-ปิด ของสถานอนามัย มีบางคนตอบว่าสถานอนามัยเปิดบริการตลอดเวลา ไปรับบริการเมื่อใดก็ได้ ผู้ป่วยไม่ทราบเกี่ยวกับกิจกรรมที่สถานอนามัยให้บริการในแต่ละวัน จะทราบเฉพาะวันที่นัดไปตรวจ ส่วนใหญ่เคยไปรับการรักษาที่สถานอนามัยด้วยโรคเบาหวาน ปวดท้อง มีไข้ หรือนำบุตร-หลานไปฉีดวัคซีน และติดต่อขอทำบัตรสุขภาพ เป็นต้น

4.3.4 ความต้องการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่สถานอนามัย

ส่วนใหญ่ร้อยละ 95.34 ต้องการมารับบริการที่สถานอนามัย โดยให้สถานอนามัยบริการวัดความดันโลหิต ให้ยา รักษาโรคความดันโลหิตสูง และต้องการให้เจ้าหน้าที่แนะนำเกี่ยวกับการ

ปฏิบัติตัว หรือส่งต่อไปโรงพยาบาลในรายที่มีปัญหา นอกจากนั้นผู้ป่วยอยากให้สถานีนามัยมี
 ยารักษาโรคทุกประเภท เช่นเดียวกับโรงพยาบาล เพราะสะดวกสบายกว่าการมารับบริการที่โรง
 พยาบาล อยากให้สถานีนามัยมีเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ไปประชุมที่อำเภอ ควรมี
 เจ้าหน้าที่ 1 คน ปฏิบัติงานอยู่ที่สถานีนามัยเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วย มีผู้ป่วย 2 ราย คิดเป็นร้อยละ
 4.66 ที่ไม่ต้องการมารับการรักษาที่สถานีนามัย เนื่องจากไม่มีรถ และการเดินทางไม่สะดวก

4.4 คุณภาพของการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

คุณภาพของการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนามัย และโรงพยาบาล ในช่วง
 ระยะเวลา 6 เดือนที่ทำการวิจัย สามารถสรุปผลได้ดังนี้

4.4.1 การควบคุมระดับความดันโลหิต

จากการวิจัย การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงในด้านของระดับความดันโลหิต ตาม
 เกณฑ์ที่กำหนด พบว่า

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก (Systolic) ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
 จำแนกตามประเภทสถานบริการ

สถานบริการ	ระยะเวลา						ค่าเฉลี่ย
	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	
สถานีนามัย	138.37	129.30	129.30	130.23	135.11	133.02	132.55
โรงพยาบาล	144.81	140.93	140.93	138.13	135.11	130.46	138.39

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก (Systolic) ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
จำแนกตามประเภทสถานบริการ

สถานบริการ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย (Means)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	P-value
สถานีอนามัย	43	132.55	12.55	0.012
โรงพยาบาล	43	138.39	8.05	

*Significance ที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 3 และ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก (Systolic) ของผู้ป่วยที่รับบริการที่
สถานีอนามัยกับโรงพยาบาล ได้ผลไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก (Diastolic) ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
จำแนกตามประเภทสถานบริการ

สถานบริการ	ระยะเวลา						ค่าเฉลี่ย
	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	
สถานีอนามัย	84.65	82.79	82.32	83.48	83.48	82.78	83.25
โรงพยาบาล	85.34	86.97	82.32	85.58	86.51	83.04	84.96

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก (Diastolic) ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
จำแนกตามประเภทสถานบริการ

สถานบริการ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย (Means)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	P-value
สถานีอนามัย	43	83.25	8.49	0.279
โรงพยาบาล	43	84.96	5.77	

*Significance ที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 5 และ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก (Diastolic) ของผู้ป่วยความ-
ดันโลหิตสูงที่รับบริการที่สถานีอนามัยกับโรงพยาบาล ได้ผลไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 7 การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่รับบริการ จำแนกตามประเภท
สถานบริการ

สถานบริการ	ดี หรือ ยอมรับได้		ไม่ดี		X ²	P-value
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ		
สถานอนามัย	24	55.81	19	44.19	0.43	0.51
โรงพยาบาล	27	62.79	16	37.21		

*Significance ที่ระดับ 0.01

หมายเหตุ: กำหนดให้กลุ่มที่ดี หรือ ยอมรับได้ คือ

ถ้าอายุ ≤60 ปี: SBP ≤ 140 และ DBP ≤90 มม.ปรอท

ถ้าอายุ >60 ปี: SBP < 160 และ DBP <90 มม.ปรอท

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยที่รับบริการที่สถานอนามัย สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (หรือยอมรับได้) ร้อยละ 55.81 ควบคุมได้ไม่ดี ร้อยละ 44.19 ส่วนผู้ป่วยที่รับบริการที่โรงพยาบาล สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี (หรือยอมรับได้) ร้อยละ 62.79 ควบคุมได้ไม่ดี ร้อยละ 37.21 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับสถานบริการที่รักษาพยาบาล

4.4.2 ความร่วมมือในการรักษา

ความร่วมมือในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง จะพิจารณาจากตัวชี้วัด 2 ประการ คือ ความต่อเนื่องของการรับประทานยา และการมารับบริการตรงวันนัดหมาย

ตารางที่ 8 ร้อยละของความต่อเนื่องในการรับประทานยาโดยการนับเม็ดยา
จำแนกตามสถานบริการ

สถานบริการ	มีความต่อเนื่องได้ดี		ไม่มีความต่อเนื่อง		P-value
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	
สถานอนามัย	39	90.69	4	9.30	0.33
โรงพยาบาล	36	83.72	7	16.27	

*Significance ที่ระดับ 0.01

หมายเหตุ: ความต่อเนื่องได้ดี กำหนดให้ประเทยานามากกว่าร้อยละ 80 ของยาที่ได้รับไปทั้งหมด
ในช่วงเวลา 6 เดือน

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยที่รับบริการที่สถานีนามัย มีความต่อเนื่องของการรับ-
ประเทยานา ร้อยละ 90.69 และไม่มีต่อเนื่อง ร้อยละ 9.30 ส่วนผู้ป่วยที่รับบริการที่โรง
พยาบาล มีความต่อเนื่องของการรับประเทยานา ร้อยละ 83.72 และไม่มีต่อเนื่อง ร้อย
ละ 16.27 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ความต่อเนื่องการรับประเทยานา โดยการนับเม็ดยา
ของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับสถานบริการที่รักษาพยาบาล

ตารางที่ 9 ความร่วมมือต่อการรักษาในการมาตามนัดของผู้ป่วย โดยคำนึงถึง
ค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่คลาดเคลื่อนจากวันนัดต่อครั้ง จำแนกตามสถานบริการ

ค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่คลาดเคลื่อน จากวันนัดต่อครั้ง	สถานีนามัย		โรงพยาบาล	
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ
มาตามนัดครบทุกครั้ง	26	60.46	12	27.91
คลาดเคลื่อน 1-7 วัน	9	20.93	17	39.53
คลาดเคลื่อน 8-14 วัน	4	9.30	8	18.60
คลาดเคลื่อน 15-21 วัน	1	2.33	3	6.98
คลาดเคลื่อน 22-28 วัน	-	-	2	4.65
คลาดเคลื่อนมากกว่า 28 วัน	3	6.96	1	2.33

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ป่วยที่รับบริการที่สถานีนามัย มาตามนัดครบทุกครั้ง ร้อยละ
60.46 รองลงมาคือคลาดเคลื่อน 1-7 วัน ร้อยละ 20.93 และคลาดเคลื่อน 8-14 วัน ร้อยละ 9.30
ส่วนผู้ป่วยที่รับบริการที่โรงพยาบาล มาตามนัดครบทุกครั้ง ร้อยละ 27.91 คลาดเคลื่อน 1-7 วัน
ร้อยละ 39.53 และคลาดเคลื่อน 8-14 วัน ร้อยละ 18.60

ตารางที่ 10 ความร่วมมือต่อการรักษาในการมาตามนัดของผู้ป่วย ตามค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่คลาดเคลื่อนจากวันนัดต่อครั้ง (cut off point 7 วัน) จำแนกตามสถานบริการ

ค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ คลาดเคลื่อนจากวันนัดต่อครั้ง	สถานีนามัย		โรงพยาบาล		X ²	P-value
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ		
คลาดเคลื่อนน้อยกว่า หรือเท่ากับ 7 วัน	35	81.39	29	66.44	2.20	0.13
คลาดเคลื่อนมากกว่า 7 วัน	8	18.61	14	33.56		

* Significance ที่ระดับ 0.01

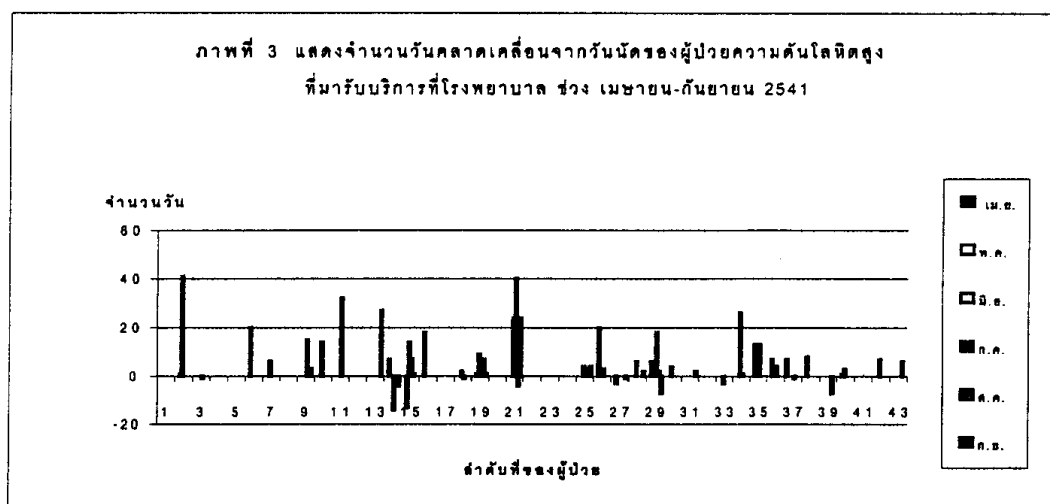
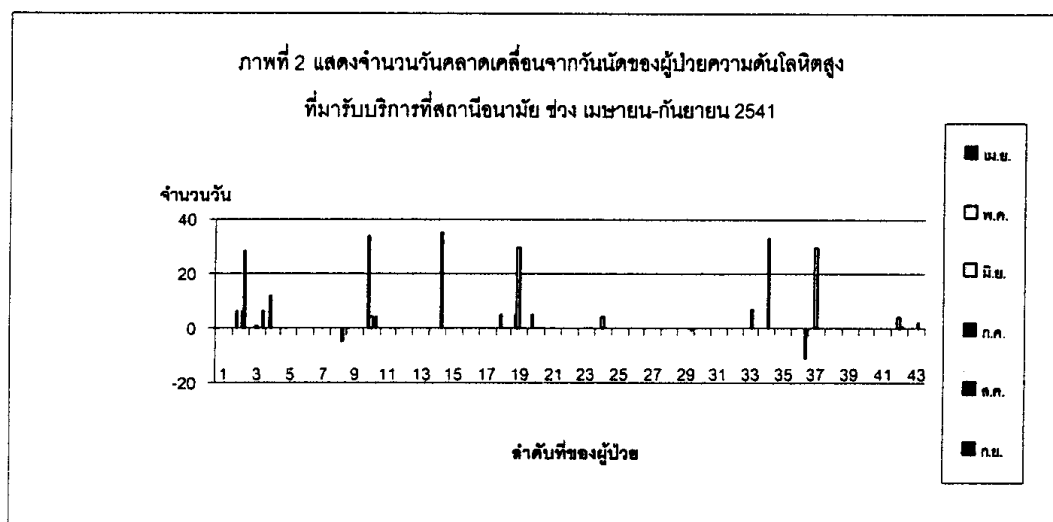
จากตารางที่ 10 เมื่อใช้ cut off point ที่ 7 วัน พบว่า ผู้ป่วยที่รับบริการที่สถานีนามัย มาตามนัด คลาดเคลื่อนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 81.39 และมากกว่า 7 วัน ร้อยละ 18.61 ส่วนผู้ป่วยที่รับบริการที่โรงพยาบาล มาตามนัด คลาดเคลื่อนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 66.44 และมากกว่า 8 วัน ร้อยละ 33.56 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ความร่วมมือต่อการรักษาของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงการมาตามนัด (ให้จำนวนวันที่คลาดเคลื่อนเฉลี่ยไม่เกิน 7 วัน) ไม่มีความสัมพันธ์กับสถานบริการที่รักษาพยาบาล

ตารางที่ 11 ร้อยละของผู้ป่วยที่คลาดเคลื่อนจากวันนัด รายเดือน จำแนกตามสถานบริการ

เดือนที่รับบริการ	สถานีนามัย	โรงพยาบาล
เมษายน	0	2.32
พฤษภาคม	13.95	25.58
มิถุนายน	13.95	32.55
กรกฎาคม	11.62	23.26
สิงหาคม	6.97	6.97
กันยายน	4.65	16.28

จากตารางที่ 11 พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่รับบริการที่สถานีนามัย ที่มารับบริการคลาดเคลื่อนจากวันนัด มีจำนวนสูงสุดร้อยละ 13.95 ในเดือนพฤษภาคม และมิถุนายน ส่วนผู้ป่วยที่รับ

บริการที่โรงพยาบาล ที่มารับบริการคลาดเคลื่อนจากวันนัด มีการกระจายทุกเดือน โดยมีจำนวนสูงสุด ร้อยละ 32.55 ในเดือนมิถุนายน รองลงมาคือ เดือนพฤษภาคม ร้อยละ 25.58 และเดือนกรกฎาคม ร้อยละ 23.26 ตามลำดับ



จากภาพที่ 2 แสดงการมารับบริการคลาดเคลื่อนจากวันนัด ของกลุ่มที่มารับบริการที่สถานีนอนามัย และภาพที่ 3 แสดงของกลุ่มที่มารับบริการที่โรงพยาบาล พบว่า ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จะมีการกระจายของการมารับบริการคลาดเคลื่อนจากวันนัดมากกว่า กลุ่มที่มารับบริการที่สถานีนอนามัย

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยวันคลาดเคลื่อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ
จำแนกตามระยะเวลา

ระยะเวลา (เดือน)	t-value	P-value
เมษายน	-1.00	0.320
พฤษภาคม	-0.35	0.724
มิถุนายน	-1.24	0.219
กรกฎาคม	-1.04	0.301
สิงหาคม	1.22	0.224
กันยายน	-1.45	0.150
รวมทุกเดือน	-1.34	0.184

*Significance ที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 12 พบว่า ค่าเฉลี่ยวันคลาดเคลื่อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ
จำแนกตามสถานที่ในแต่ละเดือน เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Unpair t-test พบว่า ไม่มีความแตกต่าง
กันระหว่างการไปรับการรักษาที่สถานีนอนามัยกับโรงพยาบาล

4.4.3 ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อไปรับบริการ

เมื่อเปิดให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนอนามัย ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ
ประสิทธิภาพของการให้บริการดังกล่าว โดยทำการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้น
ของผู้ป่วยเมื่อไปรับบริการที่สถานีนอนามัย เปรียบเทียบกับ เมื่อรับบริการที่โรงพยาบาล ทั้งนี้ ค่า
ใช้จ่ายจะครอบคลุมเฉพาะค่ายา ค่ายานพาหนะ และค่าอาหาร โดยไม่ครอบคลุมถึงค่าสูญเสีย
โอกาสของผู้ป่วย ได้ผลดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการ จำแนกตามสถานบริการ

ประเภท ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ย	สถานีนามัย (บาท/ราย)	โรงพยาบาล (บาท/ราย)	สัดส่วน สอ. : รพ.
ค่ายา	95.58	86.51	1 : 0.91
ค่ายานพาหนะ	22.27	26.78	1 : 1.20
ค่าอาหาร	14.25	117.21	1 : 8.23
รวม	132.15	230.50	1 : 1.74
รวมค่ายากับค่ายานพาหนะ	117.85	113.29	1 : 0.96
รวมค่ายากับค่าอาหาร	109.83	203.72	1 : 1.85
รวมค่ายานพาหนะกับอาหาร	36.52	143.99	1 : 3.94

จากตารางที่ 13 พบว่า ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยรวมของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่สถานีนามัย มีค่าเท่ากับ 132.15 บาท/ราย เป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับ ค่ายามากที่สุด 95.58 บาทต่อราย รองลงมาคือ ค่ายานพาหนะ 22.27 บาทต่อราย และค่าอาหาร 14.25 บาทต่อราย ส่วนผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล มีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยรวม 230.50 บาทต่อราย เป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่าอาหารมากที่สุด 117.21 บาทต่อราย รองลงมาคือ ค่ายา 86.51 บาทต่อราย และค่ายานพาหนะ 26.78 บาทต่อราย โดยในส่วนของชนิดของยา (และการรักษา) ที่ผู้ป่วยฯ ได้รับสามารถแยกออกเป็นกลุ่มต่างๆ ได้ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ชนิดของยา (และการรักษา) ที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับ
จำแนกตามสถานบริการ

ชนิดของยา (และการรักษา)	สถานีนามัย		โรงพยาบาล	
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ
1. ควบคุมอาหาร	1	2.33	0	0
2. Hydrochlorthiazide (HCTZ)	15	34.88	21	48.84
3. Methyldopa	10	23.26	6	13.95
4. Hydrochlorthiazide + Methyldopa	17	39.53	16	37.21
รวม	43	100	43	100

4.5 ความพึงพอใจของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อการมารับบริการที่สถานีนามัย

หลังจากดำเนินการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนามัยตำบลครบ 6 เดือน โดยให้บริการเดือนละ 1 ครั้ง ผู้วิจัยได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีต่อความสะอาดที่ได้รับ อรรถาธิบายและความสนใจของเจ้าหน้าที่ สถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์ คุณภาพการบริการ และความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่าย โดยวิธีการสัมภาษณ์รายบุคคล และการสนทนากลุ่ม สรุปผลได้ ดังนี้

4.5.1 มิติด้านความพึงพอใจจากการสัมภาษณ์

ตารางที่ 15 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีต่อการมารับบริการที่สถานีนามัย (n = 43)

ลำดับ ที่	หัวข้อ	คะแนน เฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)
1.	ความพึงพอใจต่อความสะอาดที่ได้รับ	4.00	0.00
2.	ความพึงพอใจต่ออรรถาธิบาย ความสนใจของเจ้าหน้าที่	3.83	0.25
3.	ความพึงพอใจต่อสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์	3.25	0.22
4.	ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ	3.87	0.13
5.	ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่าย	3.66	0.51
ความพึงพอใจในภาพรวมทั้ง 5 ด้าน		3.76	0.16

จากตารางที่ 15 ระดับความพึงพอใจในแต่ละด้าน มีคะแนนเต็ม 4 คะแนน พบว่า ระดับความพึงพอใจทั้ง 5 ด้าน อยู่ในเกณฑ์พอใจมาก (Mean = 3.76, SD. = 0.16) โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดในด้านความสะอาดที่ได้รับ (Mean = 4.00, SD. = 0.00) รองลงมาเป็นความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ (Mean = 3.87, SD. = 0.13) ความพึงพอใจต่ออรรถาธิบาย ความสนใจของเจ้าหน้าที่ และความพึงพอใจต่อสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ (Mean = 3.83, SD. = 0.25 และ Mean = 3.25, SD. = 0.22 ตามลำดับ)

4.5.2 มิติด้านความพึงพอใจจากการสนทนากลุ่ม

4.5.2.1 ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับ

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดมีความพึงพอใจกับความสะดวก รวดเร็ว โดยให้เหตุผลว่า รวดเร็วกว่าการมารับบริการที่โรงพยาบาล ใช้เวลาไม่ถึง 1 ชั่วโมงก็เสร็จ ไม่ต้องรอนานเพราะผู้มารับบริการไม่มาก โดยเฉพาะกรณีที่ไม่ไปตามเวลานัดหมาย จะเสร็จเร็วไม่ต้องรอ การนัดหมายในแต่ละครั้งผู้รับบริการทุกคนทราบดี การมารับบริการที่สถานีนอนามัย ขั้นตอนน้อย ทำให้สะดวก รวดเร็ว และถ้าหากมีปัญหาสงสัย สามารถซักถามเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยได้ เพราะคุ้นเคยกันดี

ในการมารับบริการที่สถานีนอนามัยในแต่ละครั้ง ในแต่ละคน จะแตกต่างกัน จะใช้เวลาการเดินทางไม่เท่ากัน บางรายที่บ้านอยู่ใกล้สถานีนอนามัยจะเดินมารับบริการ หมู่บ้านใดที่มีผู้ป่วยหลายคนอาจเหมาสามล้อรับจ้างไปรับบริการ หมู่บ้านที่มีรถโดยสารผ่านจะโดยสารรถประจำทาง และบางคนไปรับบริการโดยใช้รถมอเตอร์ไซด์ตัวเอง ซึ่งใช้เวลาเดินทางโดยเฉลี่ยประมาณ 10-20 นาที ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าสะดวกและปลอดภัยในการเดินทางไปรับบริการที่สถานีนอนามัย เพราะถ้าเดินทางไปโรงพยาบาลพล ต้องเสียเวลามาก ไม่สะดวก และไม่ปลอดภัยขณะข้ามถนน มิตรภาพไปรับบริการที่โรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมาก ไม่กล้าไปรับบริการคนเดียวที่โรงพยาบาลต้องมีลูกหลานไปด้วย ซึ่งหากไปรับบริการที่สถานีนอนามัยผู้ป่วยสามารถไปเองได้

ความรู้สึกเกี่ยวกับการที่ต้องรอรับบริการ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกคน พึงพอใจต่อการรอรับบริการที่สถานีนอนามัย เพราะในระหว่างรอสามารถซักถามเจ้าหน้าที่ได้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การรับประทานยา หรือปรึกษาปัญหาสุขภาพอื่นๆ ได้ด้วย ทำให้ไม่รู้สึกเบื่อ การไปรับบริการที่สถานีนอนามัยในแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที

4.5.2.2 ความพึงพอใจต่ออรรถาธิบาย ความสนใจของเจ้าหน้าที่

ผู้ป่วยทั้งหมดมีความพึงพอใจต่อการต้อนรับของเจ้าหน้าที่อนามัย เนื่องจากคุ้นเคยกันดี การบริการเป็นกันเอง เจ้าหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส การแสดงท่าที อารมณ์ คำพูดของเจ้าหน้าที่นั้น ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ เพราะเจ้าหน้าที่มีเวลาให้คำแนะนำ อธิบายถึงสาเหตุของโรค อาการเจ็บป่วย การรักษา การป้องกัน การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย และสามารถนำไปปฏิบัติได้

การแต่งกายของเจ้าหน้าที่ ทุกคนบอกว่าแต่งกายเหมาะสม และเมื่อไปรับบริการที่สถานีนอนามัยจะพบเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง นอกจากเวลาที่มีประชุมหรือมีกีฬา แต่ก็จะมีป้ายบอกว่าไปไหน แต่นานๆ ครั้งจึงจะมีเหตุการณ์เช่นนี้

4.5.2.3 ความพึงพอใจต่อสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ

ด้านสภาพแวดล้อม ผู้ป่วยส่วนใหญ่พึงพอใจกับสภาพแวดล้อม โดยบอกว่าอากาศดี ไม่แออัด ในบางสถานีนอนามัย ผู้ป่วยเสนอแนะว่าควรมีต้นไม้ใหญ่เพื่อให้ร่มเงา และควรมีไม้ดอกเพื่อให้เกิดความสวยงาม ในบางสถานีนอนามัยที่คับแคบ ผู้ป่วยเห็นว่าควรต่อเติมอาคารสถานที่เพื่อใช้สำหรับการประชุมหรือสอนสุขศึกษา และปลูกสมุนไพรเป็นตัวอย่างไว้ให้ดู การจัดบริการสะดวกปลอดภัย มีขั้นตอน ส่วนเรื่องสถานที่ตรวจ ผู้ป่วยเสนอแนะให้เพิ่มเติมเตียงสำหรับให้ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัว จัดสถานที่ตรวจให้มีมิติชัดเจนมากขึ้น เป็นสัดส่วน ในบางสถานีนอนามัยอยากให้ห้องตรวจผู้ป่วยทั่วไปแยกออกจากห้องผู้ป่วยนัด

ด้านอุปกรณ์การตรวจ เครื่องวัดความดันโลหิตทุกสถานีนอนามัยมีพร้อม ในบางสถานีนอนามัย ผู้ป่วยเสนอแนะว่าควรมีเครื่องตรวจคลื่นหัวใจด้วย ควรมีเครื่องชั่งน้ำหนักที่ได้มาตรฐาน ผู้ป่วยบางคนบอกว่า อยากให้มีอุปกรณ์การตรวจทุกอย่างเหมือนโรงพยาบาล และมีบางคนบอกว่าไม่ทราบว่ามีเครื่องมืออะไรในการตรวจความดันโลหิตสูง

4.5.2.4 ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ

ผู้รับบริการความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ มั่นใจว่าเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยสามารถให้บริการได้เช่นเดียวกับเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล และมีความมั่นใจในคุณภาพยา เพราะเป็นยาแบบเดียวกันกับที่รับจากโรงพยาบาล และได้ชนิดยาขนาดเดียวกัน นอกจากนี้ ยังสามารถซักถามปัญหาเกี่ยวกับโรคที่เขาเป็นอยู่ได้อย่างเป็นกันเองและคุ้นเคย คำแนะนำที่เจ้าหน้าที่ให้ละเอียดสามารถนำไปปฏิบัติได้ ถ้าหากเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือมีอาการเกิดขึ้นกะทันหัน เจ้าหน้าที่สามารถช่วยเหลือได้ และหากไม่สามารถรักษาได้ ผู้รับบริการเชื่อว่าสามารถนำส่งโรงพยาบาลได้ทันที

4.5.2.5 ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่าย

ผู้มารับบริการที่สถานีนอนามัยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีบัตรสุขภาพ และมีบัตรสวัสดิการด้านรักษายาบาล ทำให้ไม่ต้องจ่ายค่ายา แต่มีบางรายที่ไม่มีบัตรสุขภาพจึงต้องจ่ายค่ายา ซึ่งผู้รับบริการบอกว่าราคาเท่ากับที่โรงพยาบาลเพราะเป็นยาชนิดเดียวกัน

ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการแต่ละครั้ง ได้แก่ ค่ายานพาหนะ ค่าน้ำมันรถ (ในรายที่ใช้รถส่วนตัวเช่น มอเตอร์ไซด์ สามล้อเครื่อง) ครั้งละ 20 บาท ค่ารถโดยสารประจำทางเฉลี่ยไปกลับ 8 บาท ค่าสามล้อเครื่องรับจ้างเฉลี่ย 20 บาท และมีบางรายที่บ้านอยู่ใกล้ไม่ต้องเสียค่าโดยสาร โดยเดินมารับบริการที่สถานีนอนามัย

ผู้รับบริการทุกคนมีความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายที่เสียไปเมื่อไปรับบริการที่สถานีนอนามัย เพราะถ้าไปรับบริการที่โรงพยาบาล ค่ายานพาหนะจะสูงกว่าที่ไปสถานีนอนามัย โดยเสียค่าโดยสารไปกลับเฉลี่ย 40-45 บาท (มีบางหมู่บ้านที่ไม่มีรถโดยสารผ่าน อาจมีค่าใช้จ่ายในการเหมารถ ซึ่งจะสูงกว่าค่าโดยสารรถประจำทาง) และมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าอาหาร เฉลี่ยครั้งละ 20-25 บาท ค่าสินค้าที่แวะซื้อที่ตลาดอีกประมาณ คนละ 100-200 บาท

4.6 ภาวะแทรกซ้อน และผลข้างเคียงจากการรักษา

ในการวิจัยครั้งนี้ การส่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รักษาและควบคุมโรคได้ดี (หรือยอมรับได้) ไปรับบริการรักษาต่อเนื่องที่สถานีนอนามัย ได้กำหนดให้มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยรายที่ควรรักษาโดยแพทย์ต้องถูกส่งออกไป และหลังการวิจัย 6 เดือน ทำการตรวจซ้ำ

ตารางที่ 16 ภาวะผิดปกติที่พบจากการตรวจคัดกรองผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
ในกลุ่มที่รับบริการที่สถานีนอนามัย ก่อนและหลังการวิจัย

ภาวะผิดปกติ	ก่อนการวิจัย (ราย)	หลังการวิจัย (ราย)
Abnormal EKG	11	11
Abnormal CXR	1	1
Hypokalemia (Serum potassium < 3.5 mmol/L)	11	12

จากตารางที่ 16 การตรวจคัดกรองในผู้ป่วยจำนวน 43 คน ก่อนและหลังการวิจัย พบว่า ตรวจพบความผิดปกติจากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ในผู้ป่วยก่อนที่จะส่งไปรักษา ณ สถานิออนามัย จำนวน 11 ราย โดยไม่มีอาการทางคลินิก หลังครบ 6 เดือนทำการตรวจซ้ำ พบความผิดปกติ โดยไม่มีอาการทางคลินิกร่วม เช่นเดิมในผู้ป่วยเดิมทั้ง 11 ราย ตรวจพบความผิดปกติจากการฉายรังสีปอด (CXR) เพียง 1 ราย เป็น mild cardiomegaly และไม่มีอาการของภาวะหัวใจวายแบบน้ำคั่ง (CHF) ร่วมด้วย ทั้งก่อนและหลังการวิจัย โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลง ตรวจพบภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) ก่อนการวิจัย 11 ราย โดยไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรง หรืออาการผิดปกติอื่นใด และหลังการวิจัยตรวจพบ 12 ราย ผู้ป่วยดังกล่าวทั้งหมดได้รับการแก้ไขความผิดปกติทั้งก่อนและหลังการส่งต่อไปรักษาที่สถานิออนามัย ด้วยการแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีสารโปแตสเซียมสูง (high potassium) และ ให้ potassium replacement ในบางราย ทั้งนี้ ทั้งสองกลุ่มไม่พบความผิดปกติจากการตรวจเลือด (CBC) การตรวจปัสสาวะ (UA) การตรวจการทำงานของไต (BUN และ Cr)

ผลหรืออาการข้างเคียง จากการรับประทานยาลดความดันโลหิต ก่อนการวิจัย ไม่มีภาวะดังกล่าวในกลุ่มผู้ป่วยที่ส่งไปรักษาที่สถานิออนามัย เนื่องจากผู้ร่วมวิจัยได้ถูกคัดเลือกตามเกณฑ์ที่ไม่ให้มีปัญหาดังกล่าว หรือถ้ามีก็ถูกบำบัดแก้ไขแล้ว โดยหลังการวิจัย พบว่า มีรายงานอาการข้างเคียงของยา ดังตารางที่ 17 ได้แก่ ปากแห้ง แขนขาอ่อนแรง ใจสั่น ปัสสาวะบ่อย ทั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากยา Hydrochlorothiazide และ Methyldopa

ตารางที่ 17 อาการข้างเคียงจากยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มที่รับบริการที่สถานิออนามัย

อาการข้างเคียงของยา	จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการ (ราย)	ร้อยละ
ปากแห้ง	5	11.63
แขนขาอ่อนแรง	3	6.98
ใจสั่น	1	2.33

4.7 อภิปรายผลการศึกษาวิจัย

4.7.1 ระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนามัย

ผู้ร่วมวิจัยในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ไปรับบริการที่สถานีนามัย และโรงพยาบาล แห่งละ 43 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่กินด้วยกัน มีอาชีพเกษตรกรรมเป็นพื้นฐานตามสภาพภูมิศาสตร์ของอำเภอ รายได้เฉลี่ยส่วนมากอยู่ระหว่าง 2,001-3,000 บาท โดยมีสิทธิการรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับอายุของผู้ป่วย และลักษณะของโรคความดันโลหิตสูงที่เรื้อรัง ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายอย่างต่อเนื่อง คือ บัตรสวัสดิการแห่งรัฐสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ และบัตรสุขภาพ ตามลำดับ

ด้านรูปแบบของระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงภายในอำเภอพล แต่เดิมจะเป็นลักษณะตั้งรับ คือ การวัดความดันโลหิตจะทำในผู้ป่วยที่มีอาการ หรือที่สงสัย เฉพาะในสถานบริการ โดยจะรวมศูนย์ของการวินิจฉัย การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพ ไว้ที่โรงพยาบาลเท่านั้น ต่อมา เมื่อกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเน้นงานสาธารณสุขมูลฐานในปี 2535 จึงเริ่มมีการจัดบริการในเชิงรุก แต่ก็ยังเป็นไปในลักษณะของการวัดความดันโลหิตเพื่อการตรวจคัดกรองเบื้องต้นในระดับศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (ศสมช.) โดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เท่านั้น โดยยังไม่มี การจัดระบบการให้บริการที่ดีพอ

หลังการวิจัย ระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้มีการปรับเปลี่ยนจากเดิม เพื่อให้เป็นไปในลักษณะภาพรวมตามหลักของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (District Health System) ครอบคลุมทั้งเชิงรุก (active) เชิงรุกขณะตั้งรับ (active-passive) เชิงรับ (passive) โดยทำการตรวจคัดกรองทุกระดับตั้งแต่ระดับชุมชน สถานีนามัย และโรงพยาบาล ทั้งนอกสถานบริการ และในสถานบริการครอบคลุมผู้ป่วยทุกคนที่มาใช้บริการ จากนั้นทำการส่งต่อผู้ที่พบว่ามี/อาจมี ภาวะความดันโลหิตสูง ตามขั้นตอนเพื่อให้โรงพยาบาลทำการวินิจฉัยครั้งแรก แล้วทำการรักษาและแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มที่ควบคุมความดันไม่ดี และกลุ่มที่ควบคุมความดันได้ดี

กลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หรือเป็นที่ยอมรับได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นเพื่อการส่งต่อ) อีกทั้งมีความสนใจ จะถูกส่งต่อกลับไปรักษายังสถานี

อนามัยที่มีความพร้อม ภายใต้การนิเทศงาน และควบคุมมาตรฐานคุณภาพจากโรงพยาบาลพล หากพบว่าผู้ป่วย ดังกล่าวไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หรือ เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น หรือ จำเป็นต้องเข้ารับการตรวจประจำปี เช่น การตรวจจอตา การตรวจการทำงานของไต การฉายรังสีทรวงอกประจำปี การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจระดับไขมันในโลหิต เป็นต้น ก็จะ ถูกส่งตัวกลับมารักษายังโรงพยาบาล

เมื่อคำนึงถึงภาพรวมของระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีอนามัย ในแง่มุม ของความสามารถที่จะสนองตอบต่อวัตถุประสงค์ที่จะสร้างระบบสาธารณสุขแบบบูรณาการ (Integrated Health Care System) ในด้านของ

การรับบริการอย่างต่อเนื่อง (Continuity)

ระบบบริการดังกล่าว เน้นการสร้างให้ผู้ป่วยทุกรายมารับยาตามนัดหมาย รับประทานยา ตามที่ได้รับคำแนะนำ (Compliance) โดยมีการตกลงร่วมกันในกำหนดนัดทั้งในมิติของเจ้าหน้าที่ สถานีอนามัย ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งปกติจะกำหนดให้รับยาและวัดความดันโลหิตทุกเดือน ถ้า ผู้ป่วยติดภาระที่จำเป็น อาทิเช่น ต้องไปเยี่ยมญาติหรือไปทำงานที่ต่างจังหวัดชั่วคราว ก็อาจจ่าย ยาให้มากกว่าพร้อมทั้งนัดนานกว่า 1 เดือน แล้วดำเนินการให้มีการติดตามผู้ป่วยหลังจากกลับมา ทันที ทั้งนี้เมื่อเครื่องมือที่ช่วยเหลือในการตรวจสอบว่ามีผู้ป่วยที่ผิดนัดหรือไม่ คือ กล่องนัดหมาย ผู้ป่วย (Appointment Box) และบัตรปฏิบัติการ บันทึกการรักษาโรคเรื้อรัง (Operational card) รวมถึงมีระบบติดตามผู้ป่วยที่สำคัญ คือ การเยี่ยมบ้าน (Home visit)

การให้บริการอย่างผสมผสาน (Integration)

ผู้ป่วยทุกรายสามารถรับบริการด้านอื่นๆ ที่สถานีอนามัย ขณะมารับบริการรักษาความดัน โลหิตสูงตามนัดหมาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรักษาโรคอื่นๆ เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ หรือการรับ บริการด้านป้องกันและส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ในวันเวลา สถานที่เดียวกัน และบุคลากรคนเดียวกัน (Integration in Time, Place and Person) ในสภาพแวดล้อมของสถานีอนามัยที่เอื้อต่อการ สร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Human Relation Aspect) ได้ดีกว่าที่โรงพยาบาล ซึ่งมีทั้ง ลักษณะ อุปสรรคทางด้านกายภาพและจิตใจ (Psychological and Geographical Barrier) ผ่านเครื่องมือ ที่สำคัญ คือ สมุดคู่มือประจำตัวผู้ป่วย (Personal Book)

การให้บริการอย่างองค์รวม (Holistic or Comprehensiveness)

การให้บริการความดันโลหิตสูงที่สถานีนานามัยนี้ เริ่มจากความต้องการที่พ้องต้องกัน (Felt Need) ตั้งแต่เริ่มแรก ระหว่างผู้ป่วย/ครอบครัวกับสถานบริการ ระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีนานามัย โดยคำนึงถึงความสอดคล้องของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ทุกด้านในมิติทางสังคมและเศรษฐกิจ จะเห็นได้จากความเข้าใจและร่วมมือของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระหว่างทำการรักษาที่สถานีนานามัย การคำนึงถึงเศรษฐกิจด้วยการจัดให้ผู้ป่วยมีหลักประกันสุขภาพ (ทางการเงิน) ที่จะไม่เป็นอุปสรรคต่อการรับยาอย่างต่อเนื่อง เช่น การซื้อบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ การออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาลแก่ผู้ควรช่วยเหลือเกื้อกูล เป็นต้น การให้ความสำคัญกับบทบาทของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Life style modification) ที่ช่วยควบคุมอาการของโรคความดันโลหิตสูง การรวมกลุ่มของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนหรือพื้นที่ เพื่อให้การช่วยเหลือและเป็นการกำลังใจซึ่งกันและกันในการควบคุมโรค ซึ่งเห็นได้จากการร่วมกันออกกำลังกาย การทำอาหารสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับประทานร่วมกัน เป็นต้น

4.7.2 ประสิทธิภาพของการให้บริการ

ทั้งนี้เนื่องจากภาวะความดันโลหิตของมนุษย์เรานั้นมีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic) ที่มีการเปลี่ยนแปลง (variation) ด้วยปัจจัยต่างๆ หลายสิ่ง การที่วัดความดันโลหิตเพียงครั้งเดียวไม่สามารถบอกได้ว่าผู้นั้นมีภาวะความดันโลหิตสูงหรือต่ำ เช่นเดียวกันกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษานั้น การติดตามผลการรักษาก็ไม่สามารถที่จะใช้ระดับความดันโลหิตที่วัดได้ในแต่ละครั้งที่มาตามนัดเป็นตัวชี้วัดที่แน่นอนได้ ดังนั้น ในแง่ของประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาโรคความดันโลหิตสูง จึงต้องอาศัยการวัดด้วยตัวชี้วัดหลายตัวมาประกอบกัน ได้แก่

4.7.2.1 การควบคุมระดับความดันโลหิต (Blood Pressure control)

ด้านการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ร่วมวิจัยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งสองกลุ่ม พบว่า ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ผู้รับบริการที่สถานีนานามัย มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic) ระหว่าง 129.30-138.37 มม.ปรอท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 132.55 มม.ปรอท ส่วนผู้รับบริการที่โรงพยาบาล พบว่า มีค่าความดันซิสโตลิก (Systolic) ระหว่าง 130.46-144.81 มม.ปรอท มีค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 138.39 มม.ปรอท ซึ่งการควบคุมความดันโลหิตของผู้มารับบริการทั้งสองแห่ง อยู่ในเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด คือ ระหว่าง 140-180 มม.ปรอท นั้นแสดงว่า ผู้มารับบริการทั้งสองแห่งสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก (Systolic) ของผู้มารับบริการจำแนกตามสถานบริการ ด้วยสถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน นั้นแสดงว่า ผู้รับบริการที่สถานอนามัยและโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก (Systolic) ไม่แตกต่างกัน

ส่วนการควบคุมระดับความดันไดแอสโตลิก (Diastolic) พบว่า ผู้รับบริการที่สถานอนามัย มีค่าความดันไดแอสโตลิก (Diastolic) ระหว่าง 82.32-84.65 มม.ปรอท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 83.25 มม.ปรอท ส่วนผู้รับบริการที่โรงพยาบาล พบว่า มีค่าความดันไดแอสโตลิก (Diastolic) ระหว่าง 82.32 และ 86.97 มม.ปรอท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 84.96 มม.ปรอท ซึ่งการควบคุมระดับความดันไดแอสโตลิก (Diastolic) ของผู้รับบริการทั้งสองแห่ง อยู่ในเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด คือ ระหว่าง 90-104 มม.ปรอท นั้นแสดงว่า ผู้มารับบริการทั้งสองแห่งสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก (Diastolic) ของผู้มารับบริการจำแนกตามสถานบริการ ด้วยสถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน นั้นแสดงว่า ผู้รับบริการที่สถานอนามัยและโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก (Diastolic) ไม่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาถึงระดับความดันโลหิตในเดือนแรก (เมษายน) และในเดือนที่ 6 (กันยายน) ทั้งในส่วนของความดันความดันซิสโตลิก (Systolic) และความดันไดแอสโตลิก (Diastolic) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่รับบริการที่สถานอนามัย และกลุ่มที่รับบริการที่โรงพยาบาล พบว่า มีลักษณะที่บ่งว่าหลังการวิจัย มีระดับความดันโลหิตทั้งสองค่า ต่ำกว่า ก่อนการวิจัย ในทั้งสองผู้ร่วมวิจัย โดยในส่วนของความดันความดันซิสโตลิก (Systolic) กลุ่มที่รับบริการที่โรงพยาบาลมีค่าก่อนการวิจัย สูงกว่า และมีค่าหลังการวิจัย ต่ำกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่รับบริการที่สถานอนามัย ในขณะที่ส่วนของความดันไดแอสโตลิก (Diastolic) กลุ่มที่รับบริการที่โรงพยาบาลมีค่าก่อนการวิจัย สูงกว่า และมีค่าหลังการวิจัย สูงกว่าเช่นกัน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่รับบริการที่สถานอนามัย อย่างไรก็ตาม สิ่งที่พบนี้ไม่สามารถที่จะนำมาใช้ป้องกันหรือการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย ว่าดีหรือไม่ เนื่องจากมีปัจจัยหลายประการที่อาจทำให้ระดับความดันโลหิตในเดือนที่ 6 มีค่าสูงหรือต่ำได้ เช่น ผู้ป่วยอาจจะตั้งใจที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงด้วยการรับ

ประทุพยา หรือปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด เฉพาะในช่วงใกล้ๆ เวลานั้นครั้งนั้นๆ เท่านั้นก็เป็นได้ (ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม) หรือในบางรายที่พบว่าวัดความดันได้สูงก็อาจเป็นจากความผันแปรของการวัดก็ได้เช่นกัน แต่กระนั้น ข้อมูลเหล่านี้ก็ยังสามารถแสดงเป็นนัยถึงภาวะการควบคุมความดันโลหิตได้ระดับหนึ่ง ถ้ามีการติดตามในระยะยาวและนำไปประกอบกับตัวชี้วัดอื่นๆ ต่อไป

ด้านการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้รับบริการ โดยกำหนดเกณฑ์การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (หรือ ยอมรับได้) คือ กลุ่มอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ค่าความดันซิสโตลิก (Systolic) ≤ 140 และ ความดันไดแอสโตลิก (Diastolic) ≤ 90 มม.ปรอท กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ค่าความดันซิสโตลิก (Systolic) < 160 และ ความดันไดแอสโตลิก (Diastolic) < 90 มม.ปรอท ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้รับบริการที่สถานอนามัย สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในระดับดี (หรือ ยอมรับได้) คิดเป็นร้อยละ 41.86 ควบคุมได้ไม่ดี ร้อยละ 58.13 ส่วนผู้รับบริการที่โรงพยาบาล พบว่า สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ระดับดี (หรือ ยอมรับได้) คิดเป็นร้อยละ 39.53 ควบคุมได้ไม่ดี ร้อยละ 60.46 เมื่อทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 พบว่า ความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้รับบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับสถานบริการ แสดงว่า การที่ผู้ป่วยไปรับบริการที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาล ก็มีความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลทั้งหมดดังกล่าวข้างต้น สามารถบ่งชี้ได้ระดับหนึ่งว่า การควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ทำการรักษาที่สถานอนามัย (ตามหลักเกณฑ์การส่งต่อ) และที่รักษาที่โรงพยาบาล ให้ผลระดับความดันโลหิตที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นงน้อย วรนาวัน และคณะ (2536) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของเจ้าหน้าที่สถานอนามัย สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับไม่เกิน 95 มม.ปรอท ร้อยละ 69.49 ของการมารับยาของผู้ป่วยทั้งหมดในแต่ละครั้ง จึงน่าจะเป็นข้อมูลหนึ่งที่สนับสนุนให้มีการส่งต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้าหลักเกณฑ์ โดยมีค่าระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้สามารถไปรับการรักษา และดูแลอย่างต่อเนื่องที่สถานอนามัยได้

4.7.2.2 การให้ความร่วมมือในการรักษาหรือปฏิบัติตามข้อแนะนำ (Compliance)

การให้ความร่วมมือในการรักษาหรือปฏิบัติตามข้อแนะนำ (Compliance) เกี่ยวกับการบำบัดรักษาโรคความดันโลหิตสูงนั้น ประกอบด้วย

4.7.2.2.1 ความต่อเนื่องในการรับประทานยา (Drug compliance)

ด้านความต่อเนื่องในการรับประทานยา (Drug compliance) ของผู้รับบริการทั้งสองกลุ่ม โดยใช้เกณฑ์การรับประทานยา (รวมตลอดช่วงเวลา 6 เดือน) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 พบว่า ผู้รับบริการที่สถานีนามัยมีความต่อเนื่องในการรับประทานยา (คิดเป็นร้อยละ 90.69) มากกว่า ผู้รับบริการที่โรงพยาบาล (คิดเป็นร้อยละ 83.72) เมื่อทดสอบทางสถิติ (X^2) พบว่า ความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้รับบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับสถานบริการที่รักษา นั้นแสดงว่า ผู้รับบริการที่สถานีนามัยและโรงพยาบาล ต่างก็มีความต่อเนื่องในการรับประทานยา เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่แตกต่างกัน จากการที่ผู้รับบริการ มีความต่อเนื่องในการรับประทานยามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ทำให้มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Foster, et.al. (1981) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้นั้นไม่จำเป็นต้องปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน ซึ่งการปฏิบัติตามแบบแผนการรักษาเกินกว่าร้อยละ 80 ก็สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้แล้ว

นั่นหมายความว่า ความต่อเนื่องในการรับประทานยาเมื่อส่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไปรักษาที่สถานีนามัย แม้ไม่มีความแตกต่างเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่รักษาที่โรงพยาบาล แต่ก็จัดอยู่ในระดับสูง คือ ร้อยละ 90.69 อันน่าจะแสดงเป็นนัยถึง ผลดีต่อการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง โดยอาจจะต้องทำการศึกษาต่อไปว่า มีความสัมพันธ์กับอาการทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในระยะยาวหรือไม่

4.7.2.2.2 การมาตามนัดหมาย (Date compliance)

การมาตามนัดหมาย (Date compliance) เพื่อรับบริการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งสองกลุ่ม เมื่อพิจารณาในด้านวันคลาดเคลื่อนของผู้รับบริการ พบว่า ผู้รับบริการที่สถานีนามัย มาตามนัดครบทุกครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.46 รองลงมาคือ คลาดเคลื่อนระหว่าง 1-7 วัน ร้อยละ 20.93 ส่วนผู้รับบริการที่โรงพยาบาลคลาดเคลื่อนระหว่าง 1-7 วัน มากที่สุดร้อยละ 39.53 รองลงมาคือ มาตามนัดครบทุกครั้ง ร้อยละ 27.91 จากข้อมูลดังกล่าว จะพบว่า ผู้รับบริการที่สถานีนามัย มารับบริการสม่ำเสมอมากกว่าผู้รับบริการที่โรงพยาบาล ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะว่า ผู้รับบริการที่สถานีนามัย ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ ทำให้การไปรับบริการที่สถานีนามัย มีความสะดวกมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี มหาศักดิ์พันธ์ (2538) ที่พบว่า ผู้สูงอายุไปรับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่สถานีนามัยมากที่สุด ร้อยละ 45.6 และมีความสัมพันธ์กับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณา ด้านจำนวนผู้รับบริการที่คลาดเคลื่อนจากวันนัด พบว่า ผู้รับบริการที่สถานีนามัย มีความคลาดเคลื่อนจากวันนัดน้อยกว่าผู้รับบริการที่โรงพยาบาล โดยผู้รับบริการที่สถานีนามัย มีความคลาดเคลื่อนสูงที่สุด ร้อยละ 13.95 ส่วนผู้รับบริการที่โรงพยาบาล มีความคลาดเคลื่อนสูงที่สุด ร้อยละ 32.55 ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะว่าการไปรับบริการที่สถานีนามัย มีความสะดวกกว่า เพราะอยู่ใกล้ที่พักอาศัยและไม่ต้องคอยนาน ประกอบกับผู้รับบริการส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ การที่ต้องเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาล จึงมีความยากลำบากกว่า เพราะต้องคอยให้ลูกหลานพาไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี มหาศักดิ์พันธ์ (2538) ที่พบว่า ความสะดวกในการเดินทางเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้สูงอายุพิจารณาในการไปรับบริการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยส่วนใหญ่มีที่พักอาศัยอยู่ใกล้สถานบริการ ร้อยละ 78.3 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ด้วยค่าสถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ในแต่ละเดือน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

แต่เมื่อดูการมาตรงตามนัด พบว่า ในกลุ่มที่รับบริการที่สถานีนามัยมาตามนัดหมายครบทุกครั้งถึงร้อยละ 60.46 ในขณะที่กลุ่มรับบริการที่โรงพยาบาล มาตามนัดครบทุกครั้งเพียงร้อยละ 27.91 ซึ่งการมาตามนัดครบทุกครั้ง คาดว่าน่าจะเป็นผลดีต่อการรักษา และที่สำคัญเป็น

ผลดีต่อการจัดบริการอย่างยิ่ง กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยมารับบริการตามนัดหมาย จะทำให้สถานบริการสามารถจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด (โดยเฉพาะระดับสถานีนอนามัย) อีกทั้งสามารถให้บริการสุขศึกษาเป็นรายกลุ่ม จัดให้มีกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน (ออกกำลังกาย, รับประทานอาหารร่วมกัน) หรือมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตาม การที่ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพต้องอาศัยระยะเวลาพอสมควร จึงจะสามารถตรวจพบได้ ประกอบกับการที่ยาซึ่งรับประทานเข้าไปบางตัว ก็ยังคงออกฤทธิ์ในระดับที่ยังมีผลต่อการรักษาของผู้ป่วย แม้ว่าจะขาดยาไปในระยะเวลาหนึ่ง ทำให้ปัจจุบัน ยังไม่มีหลักฐานชัดเจนที่สนับสนุนว่า การไม่มาตามนัดเป็นเวลาเท่าไร จึงจะมีผลต่อการรักษาของผู้ป่วย

4.7.3 ภาวะแทรกซ้อน และผลข้างเคียงจากการรักษา

ในการวิจัยครั้งนี้ ก่อนการวิจัยได้ทำการตรวจร่างกายและทางห้องปฏิบัติการเพื่อคัดกรองแยกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน อาทิ หัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง ไตวาย ภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ เป็นต้น เพื่อทำการบำบัดรักษาในภาวะที่แก้ไขได้ หรือไม่ส่งไปรับบริการที่สถานีนอนามัย ในรายที่ภาวะแทรกซ้อนนั้นอาจเป็นอันตราย ซึ่งจำเป็นต้องอยู่ในความดูแลใกล้ชิดโดยแพทย์ หลังการวิจัย (6 เดือน) ทำการตรวจซ้ำ พบว่า ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการวิจัย ในกลุ่มที่รับบริการที่สถานีนอนามัย

อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้ ทำการศึกษาภายในระยะเวลาเพียง 6 เดือน จึงอาจสิ้นเกินไปในการที่จะแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง ในแง่ของภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น จำเป็นต้องอาศัยการศึกษาเพื่อติดตามประเมินผลในระยะยาวต่อไป

ด้านผลหรืออาการข้างเคียงจากการรักษา ทำการติดตามเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่รับบริการที่สถานีนอนามัยเท่านั้น โดยที่การวิจัยนี้จะให้ความสำคัญเกี่ยวกับความเชื่อมั่นของผู้ป่วย ต่อระบบและบริการที่ได้พัฒนาขึ้นใหม่ ณ ระดับสถานีนอนามัย เนื่องจากในระดับโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่รับบริการจะพบแพทย์เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสามารถที่จะค้นพบอาการดังกล่าวได้แต่เริ่มแรก ในขณะที่ระดับสถานีนอนามัย เจ้าหน้าที่ยังไม่มีทักษะและความรู้ที่เพียงพอในการตรวจพบภาวะดังกล่าว หลังการวิจัย พบว่า ผลข้างเคียงส่วนใหญ่มาจากยา Hydrochlorthiazide และ Methyl dopa อัน

ได้แก่ อาการปากแห้ง แขนขาอ่อนแรง ใจสั่น บัสสาวะบ่อย ซึ่งเป็นไปในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับที่พบโดยทั่วไปในผู้ที่บริโภคยาเหล่านี้ (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2538 ; พิงใจ งามอุโฆษ, 2539)

4.7.4 ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อไปรับบริการ (Expense)

ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อไปรับบริการ (Expense) เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการตามประเภทของค่าใช้จ่าย คือ ค่ายา ค่ายานพาหนะ และค่าอาหาร พบว่าค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยรวมของผู้รับบริการที่สถานีนามัยเท่ากับ 132.15 บาทต่อราย โดยเป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่ายามากที่สุด คือ 95.58 บาทต่อราย รองลงมาคือ ค่ายานพาหนะ 22.27 บาทต่อราย ค่าอาหาร 14.25 บาทต่อราย ส่วนผู้รับบริการที่โรงพยาบาล มีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยรวม 230.50 บาทต่อราย โดยเป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่าอาหารมากที่สุด 117.21 บาทต่อราย รองลงมาคือ ค่ายา 86.51 บาทต่อราย และ ค่ายานพาหนะ 26.78 บาทต่อราย

เมื่อพิจารณาสัดส่วนของค่าใช้จ่ายต่างๆ ระหว่างสถานีนามัยกับโรงพยาบาล พบว่า ค่าอาหารมีสัดส่วนมากที่สุดคือ 1 ต่อ 8.23 รองลงมาคือ ค่ายานพาหนะ 1 ต่อ 1.20 และค่ายา 1 ต่อ 0.91 สาเหตุที่ค่าอาหารระหว่างสถานีนามัยกับโรงพยาบาล มีสัดส่วนสูงกว่ารายจ่ายอื่นๆ อาจเป็นเพราะว่า ผู้ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลต้องมาแต่เช้า ทำให้ต้องซื้ออาหารรับประทานอย่างต่ำสองมื้อ คือ มื้อเช้ากับมื้อเที่ยง ประกอบกับการเดินทางมาตลาด ทำให้เกิดความต้องการที่จะซื้อหาอาหารมากกว่าอยู่บ้าน ส่วนค่ายานพาหนะมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน แทนที่ค่ายานพาหนะของผู้รับบริการที่สถานีนามัยน่าจะน้อย (ถูก) กว่า ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่า ผู้ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล แม้ว่าจะมีระยะทางที่ไกลกว่า แต่ส่วนมากโดยสารรถประจำทาง ทำให้มีค่าใช้จ่ายต่ำ ส่วนผู้รับบริการที่สถานีนามัย ส่วนหนึ่งไม่ได้อยู่อาศัยในเขตที่ตั้งของสถานีนามัย ทำให้ต้องหารถเดินทางมาเอง ทำให้มีค่าใช้จ่ายในส่วนของการค่าน้ำมันและค่าเหมารถมากกว่า จึงเป็นผลให้สัดส่วนค่ายานพาหนะมีค่าใกล้เคียงกัน ในขณะที่สัดส่วนของค่ายา ไม่สามารถเปรียบเทียบให้ข้อมูลอะไรได้มากนัก เนื่องจากค่ายาของทั้งสองมาจากคลังเวชภัณฑ์อำเภอที่โรงพยาบาลพลเช่นกัน นอกจากนี้ ค่ายาจะผันแปรไปตามชนิดกับจำนวนยาที่ได้รับของผู้ป่วยแต่ละราย

อนึ่ง ค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้ทำการศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คือ ค่าเสียโอกาส (Opportunity cost) ซึ่งเป็นการศึกษาว่า หากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สมควรรับการรักษาที่โรงพยาบาล แต่

สามารถไปรับการรักษาที่สถานีนอนามัยแทน ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นส่วนนั้นๆ สามารถนำไปก่อให้เกิดประโยชน์อื่นใดได้

4.7.5 ความพึงพอใจต่อการมารับบริการที่สถานีนอนามัย

การจัดระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนอนามัยอย่างเหมาะสม สามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะด้านค่าใช้จ่าย ด้านอรรถาศัย/ความสนใจของเจ้าหน้าที่ คุณภาพการบริการ ความสะดวกที่ได้รับ และด้านสถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์ ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณชัย วัฒนาอิงเจริญชัย และคณะ (2538) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เช่น โรคเบาหวาน) นั้น พึงพอใจเมื่อต้องไปรับบริการที่สถานีนอนามัย ภายใต้การกำกับดูแลของโรงพยาบาล นอกจากนั้น ผู้ป่วยยังพึงพอใจต่อการมีกิจกรรมร่วมระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน และรู้สึกถึงการประหยัดเวลา รวมทั้งรู้สึกปลอดภัยกว่าการมาโรงพยาบาล ตลอดจนสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น

ในระหว่างการนิเทศงาน พบว่า ความเข้าใจกันและความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยดีขึ้น โดยบางครั้งถ้าผู้ป่วยบางรายติดภารกิจใดก็จะมาแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบก่อน หรือถ้าผู้ป่วยรายใดไม่มาตามนัดก็จะมีติดตามโดยทันทีไม่ว่าจะเป็นจากเจ้าหน้าที่เอง หรืออาสาสมัครสาธารณสุข หรือกลุ่มผู้ป่วยในหมู่บ้านเดียวกัน เป็นผลให้เกิดความต่อเนื่องของการรักษา ที่สำคัญ ในการสนทนาอย่างไม่เป็นทางการกับญาติของผู้ป่วยระหว่างการให้บริการ พบว่า พึงพอใจและเต็มใจที่จะให้ผู้ป่วยมารับบริการที่สถานีนอนามัยต่อไป ผลพลอยได้อีกด้านหนึ่งคือ ตัวเจ้าหน้าที่รู้สึกที่ตนเองได้มีการพัฒนาขึ้นในด้านความรู้ความสามารถทางการรักษาพยาบาล โดยมีโรงพยาบาลเป็นที่เลี้ยงอย่างแท้จริง นอกจากนี้ พบว่าชาวบ้านในเขตรับผิดชอบมีความเชื่อมั่นและศรัทธาต่อสถานีนอนามัยเพิ่มขึ้น เห็นได้จากการที่มีผู้ป่วยด้วยโรคอื่นๆ มารับบริการเพิ่มขึ้น

จากการสังเกตการให้บริการผู้ป่วย ณ คลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ยังรับบริการที่โรงพยาบาล แต่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานีนอนามัยที่อยู่ในโครงการวิจัยนี้ ส่วนใหญ่แจ้งความประสงค์ที่สมัครใจจะไปรับบริการดูแลสุขภาพที่สถานีนอนามัยใกล้บ้าน เมื่อทราบจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโครงการที่อยู่ใกล้บ้าน

อนึ่ง มีข้อจำกัดบางประการที่ต้องตระหนัก เนื่องจากว่าในช่วง 6 เดือนของการวิจัยและประเมินผลเป็นระยะเวลาที่ไม่ยาวนานนัก ผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จึงยังมีความพึงพอใจกับรูปแบบการบริการแบบใหม่ๆ และให้ความร่วมมือด้วยดี แต่หากเมื่อการวิจัยนี้ดำเนินการไปในระยะยาว หรือเมื่อต้องนำไปใช้จริงในระบบบริการปกติ คำถามที่ตามมาคือ ผลยังจะดี หรือ ยังสามารถสร้างความพึงพอใจเช่นนี้แก่ผู้เกี่ยวข้องหรือไม่

4.7.6 ปัญหา อุปสรรค และ ข้อจำกัดของการวิจัย

4.7.6.1 แรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลง (Resistance to change)

แรงต้านเกิดขึ้นจาก 2 ส่วนด้วยกัน คือ จากโครงสร้างองค์กรที่เป็นลักษณะราชการหรือ hierarchy ทำให้เกิดอุปสรรคเมื่อดำเนินการเนื่องจากมักอ้างว่าอาจขัดกับระเบียบ, ทัศนคติ, ความเคยชิน และ ความคิดดั้งเดิม ส่วนที่สองจากแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้อง (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล, เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และ ประชาชนผู้รับบริการ/ผลกระทบ) ซึ่งกลัวหรือกังวลต่อความเปลี่ยนแปลงใดๆ ก็ตามไม่ว่าสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้นจะดีหรือไม่ดี การแก้ไขอุปสรรคนี้จึงต้องอาศัยการทำความเข้าใจในส่วนของผู้เกี่ยวข้องทุกระดับทั้งอย่างเป็นทางการ และ ไม่เป็นทางการ

4.7.6.2 เวลา (Time)

เนื่องจากการวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยของ Action Research ซึ่งเป็นการดำเนินการที่มุ่งเน้นที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นภายในระบบ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมของผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานบริการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงต้องอาศัยระยะเวลาทั้งในการฝึกอบรมและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังต้องอาศัยระยะเวลาที่จะรอผลการเปลี่ยนแปลงจาก implementation ที่เราใส่เข้าไปนั้น จึงเป็นข้อจำกัดประการหนึ่งของงานวิจัยนี้ที่ไม่สามารถจะเห็นผล หรือ ทำการประเมินได้ในระยะเวลาอันสั้น

4.7.6.3 ความจำเพาะต่อพื้นที่

งานวิจัยนี้เป็น Action research แบบมีส่วนร่วม ที่มีแนวคิดสำคัญอันมุ่งหวังต่อการแก้ไข ปัญหาให้สอดคล้องกับพื้นที่และความต้องการของบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ดังนั้น การ ดำเนินงานในสถานือนามัยที่ได้รับการคัดเลือก 4 แห่ง จึงดำเนินการแตกต่างกันไปตามลักษณะ ความจำเพาะของพื้นที่นั้นๆ โดยมีจุดร่วมของพื้นที่ต่างๆ ไว้เช่นกันในส่วนที่สำคัญโดยเฉพาะ ประเด็นทางด้านของปรัชญา แนวคิด (Philosophy and Concept) และ เทคนิคบริการทางวิชา การ (Technical aspect of Services) ในการให้บริการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แต่ในส่วนที่ เป็นรายละเอียดจะขึ้นกับการตกลงร่วมกันของทีมวิจัย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สถานี อนามัยในพื้นที่นั้นๆ และผู้ป่วยพร้อมบุคคลในครอบครัวในแต่ละพื้นที่ขณะปฏิบัติการจริง

4.7.6.4 ความต่อเนื่องของระบบสนับสนุน

ด้วยปริมาณงานที่มากผนวกกับความขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ส่งผลให้ การสนับสนุนโดยเฉพาะด้านการนิเทศงาน (Supervision) ระยะยาวมีปัญหาด้านความต่อเนื่อง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้พยายามแก้ไขโดย ระยะแรกแพทย์จะเป็นผู้ออกไปนิเทศงาน พร้อมกับ ผูกอบรมพยาบาลวิชาชีพไว้เตรียมเป็นผู้นิเทศงานแทนภายหลังถ้าการดำเนินงานเป็นไปด้วยดี ส่วนการสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ในช่วงเริ่มต้นมีปัญหาบ้าง หลังจากที่ได้มีการ ประสานงานกับฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นผลให้ลดปัญหาในทางปฏิบัติได้เกือบหมด แต่ยังคง ต้องอาศัยการประชุมร่วมกันอย่างต่อเนื่องเป็นระยะในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น

4.7.6.5 ภาพรวมของผลการศึกษาวิจัย

การวิจัยพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนามัย ครั้งนี้ ได้สร้างรูปแบบ การให้บริการที่สอดคล้องกับหลักการของระบบบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการ ที่เน้น ความต่อเนื่อง การผสมผสาน และความเป็นองค์รวม ของบริการที่ให้ โดยมีข้อมูลที่สนับสนุนการ ส่งต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามหลักเกณฑ์เพื่อไปรับบริการที่สถานีนามัย ที่สำคัญ ดังนี้

การควบคุมระดับความดันโลหิต เมื่อส่งผู้ป่วยไปรับบริการที่สถานีนามัย ให้ผลดีอยู่ในระดับเกณฑ์ที่กำหนด โดยไม่มีความแตกต่างกับเมื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาล

ความร่วมมือในการรักษา ในด้านการรับประทานยาตามสั่ง อยู่ในเกณฑ์ที่ดีและยอมรับได้ ในขณะที่การมารับบริการตามนัดหมาย จะมาตรงตามนัดมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่รับบริการที่โรงพยาบาล อันเป็นผลให้การจ้ดระบบบริการทำได้ง่ายและดีขึ้น

ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อไปรับบริการที่สถานีนามัย จะประหยัดในส่วนของค่าอาหารอย่างชัดเจน โดยที่ค่ายาและค่ายานพาหนะจะขึ้นกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย

ความพึงพอใจต่อบริการ อยู่ในเกณฑ์ดีมากทุกๆ ด้าน โดยที่ผู้ป่วยทั้งหมดยังคงสมัครใจที่จะรับบริการที่สถานีนามัยต่อไป

บทที่ 5

บทสรุป และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) เพื่อมุ่งศึกษาหารูปแบบของระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนอนามัย ในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยและโรงพยาบาล

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 5.1.1 เพื่อพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เหมาะสมกับสถานีนอนามัย ภายใต้การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง
- 5.1.2 เพื่อศึกษาคุณภาพของการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนอนามัย ใน
 - ด้านประสิทธิผลของการรักษา ในแง่การควบคุมความดันโลหิต และการไม่มีภาวะแทรกซ้อน
 - ด้านความพึงพอใจต่อการมารับบริการของผู้ป่วย
 - ด้านค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อมารับบริการ

5.2 ระเบียบวิธีวิจัย

- 5.2.1 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกเฉพาะโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพล
- 5.2.2 ผู้ร่วมวิจัย คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามประชากรกลุ่มเป้าหมาย ระดับรุนแรงน้อยหรือปานกลาง ที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน และสมัครใจเข้าร่วมตลอดงานวิจัย โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง แยกออกเป็นกลุ่มทดลองซึ่งอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานีนอนามัยที่จะส่งผู้ป่วยออกไป และกลุ่มควบคุมที่ยังคงรับบริการที่โรงพยาบาล

5.3 สรุปผลการศึกษาวิจัย

5.3.1 รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนามัย

การวิจัยพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนามัย ดำเนินการเป็นไปในลักษณะภาพรวมของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ โดยได้สร้างรูปแบบการให้บริการที่สอดคล้องกับหลักการของระบบบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการ ที่เน้นความต่อเนื่อง การผสมผสาน และความเป็นองค์รวมของบริการที่ให้ครอบคลุมทั้งเชิงรุก เชิงรุกขณะตั้งรับ และเชิงรับ เริ่มจากการตรวจคัดกรอง ตั้งแต่ระดับชุมชน สถานีนามัย และโรงพยาบาล ทั้งนอกและในสถานบริการ จากนั้นทำการส่งต่อผู้ที่พบว่า มี/อาจมี ความดันโลหิตสูงตามขั้นตอน เพื่อให้โรงพยาบาลทำการวินิจฉัย (ครั้งแรก) แล้วทำการรักษาและแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มที่ควบคุมความดันไม่ดี และกลุ่มที่ควบคุมความดันได้ดี (หรือเป็นที่ยอมรับได้) ซึ่งในกลุ่มหลังที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ตามหลักเกณฑ์การส่งต่อ) อีกทั้งมีความสนใจ จะถูกส่งไปรักษายังสถานีนามัยที่มีความพร้อม ภายใต้การนิเทศงาน และควบคุมมาตรฐานคุณภาพจากโรงพยาบาล โดยมีระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นเพื่อจัดการในระบบดูแลรักษา หากพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หรือ เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น หรือ จำเป็นต้องได้รับการตรวจประจำปี ก็จะถูกส่งตัวกลับมารักษายังโรงพยาบาล

5.3.2 คุณภาพการให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนามัย

คุณภาพการให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนามัย ในด้านการควบคุมระดับความดันโลหิต ให้ผลดีอยู่ในระดับเกณฑ์ที่กำหนด โดยไม่มีความแตกต่างกับเมื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาล ส่วนความร่วมมือในการรักษา ด้านการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง อยู่ในเกณฑ์ดีและยอมรับได้ ในขณะที่การมารับบริการตามนัดหมาย ผู้ป่วยจะมาตรงตามนัดมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่รับบริการที่โรงพยาบาล เป็นผลให้การจากระบบบริการทำได้สะดวกและดีขึ้น ส่วนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อไปรับบริการที่สถานีนามัย ผู้ป่วยจะประหยัดในส่วนของค่าอาหารอย่างชัดเจน โดยที่ค่ายาและค่ายานพาหนะจะขึ้นกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ด้านความพึงพอใจต่อการบริการ อยู่ในเกณฑ์ดีมากทุกด้าน โดยผู้ป่วยทั้งหมดยังคงสนใจที่จะรับบริการที่สถานีนามัยต่อไป

5.4 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

5.4.1 การประยุกต์รูปแบบระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนามัยไปสู่พื้นที่อื่น

ระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนามัยที่ได้พัฒนาขึ้น แม้ว่าจะประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง แต่มีใช้หมายความว่า จะสามารถนำไปใช้ในพื้นที่อื่น หรือในสถานีนามัยแห่งอื่น แล้วจะประสบความสำเร็จเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาระบบนั้นวางอยู่บนพื้นฐานของระเบียบวิธีวิจัยปฏิบัติการ ที่เน้นการกระทำเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Action for Change) ที่ดีขึ้น สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้เกี่ยวข้องในระบบทั้งหมด โดยเน้นการมีส่วนร่วมและการพัฒนาของทรัพยากรบุคคลในระบบที่จะทำการแก้ไขเปลี่ยนแปลงนั้น

กล่าวคือ ระบบบริการนี้ จะมีลักษณะของความจำเพาะต่อพื้นที่ (Specific for situation) ที่มีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในที่อื่นๆ (Generalization) แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า จะนำไปใช้ไม่ได้เลย หากสามารถกำหนดเงื่อนไขสำคัญในพื้นที่อื่นที่จะนำระบบไปประยุกต์ใช้ ให้เหมือนหรือใกล้เคียงกับพื้นที่เดิมที่ประสบความสำเร็จ โอกาสที่จะให้ผลใกล้เคียงกับการวิจัยนี้ก็จะเกิดขึ้นได้ ซึ่งเป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติ ดังนั้น การเรียนรู้เงื่อนไขที่จำเป็นต่อความสำเร็จ พร้อมกันกับปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัด และความผิดพลาด จะทำให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้มีเงื่อนไข หรือประเด็นสำคัญ ที่ต้องคำนึงถึง ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายตั้งแต่เริ่มต้น ทั้งในส่วนของโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ สถานีนามัย ผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมมีการร่วมประชุมอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีแนวคิด และเข้าใจในวิธีดำเนินการตรงกัน
2. การมีโครงสร้างพื้นฐานสาธารณสุขที่รองรับ มีการประสานงานและการทำงานเป็นทีมที่ดี ในคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) โดยโรงพยาบาลจะต้องเป็นที่เล็งในการสนับสนุนแก่สถานีนามัยอย่างแท้จริง
3. การมีหลักเกณฑ์ และเครื่องมือโดยเฉพาะระบบสารสนเทศ ที่ได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับพื้นที่ เช่น หลักเกณฑ์ในการส่งต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไปสถานีนามัย

และการส่งตัวผู้ป่วยกลับมารักษายังโรงพยาบาล ซึ่งต้องคำนึงถึงภาษา สังคม และวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้น

4. การมีระบบประกันคุณภาพ และรับรองมาตรฐาน (Quality Assurance and Accreditation) งานบริการที่จะให้ ณ สถานือนามัยอย่างต่อเนื่อง

5.4.2 การดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเพื่อการแก้ไขปัญหาดำเนินไปในอนาคต

จากผลการวิจัย จะเห็นได้ชัดถึงข้อจำกัดของการนำไปประยุกต์ใช้ กล่าวคือ ตัวรูปแบบของงานวิจัยยังเป็นไปในลักษณะของโครงการนำร่อง ที่อยู่บนพื้นฐานของผู้ร่วมวิจัยที่ได้รับการคัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง ดังนั้น การศึกษาวิจัยต่อไป ควรที่จะทำการขยายฐานจำนวนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่สถานือนามัยแต่ละแห่งเพิ่มเติม อีกทั้งดำเนินการขยายพื้นที่ครอบคลุมไปยังสถานือนามัยแห่งอื่นในเขตอำเภอพล โดยดำเนินการในลักษณะของงานวิจัยปฏิบัติการ (action research) ที่มีสถานือนามัยทั้ง 4 แห่งนั้น มาเป็นพี่เลี้ยงร่วมกับทีมของโรงพยาบาล และคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ทำการพัฒนาไปพร้อมกับเจ้าหน้าที่สถานือนามัยตำบลนั้นๆ ที่จะดำเนินการ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ระดับเดียวกันจะสื่อในการเรียนรู้ร่วมกันได้เร็วและดีกว่า โดยไม่มีสิ่งกีดขวาง (barrier) จากระบบชั้นอำนาจ (Hierarchy of authority) นอกจากนี้ ยังเป็นการพัฒนางานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของสถานือนามัยต่อไป

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้เป็นเพียงส่วนเดียวของระบบดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ยังคงมีประเด็นอื่นๆ ที่ควรจะทำการศึกษาเพื่อให้ได้องค์ความรู้ในการพัฒนาระบบต่อไป ดังนี้

- ระบบการค้นหากลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีอาการในชุมชน
- การจัดระบบที่จะทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้อย่างเสมอภาค
- การดูแลตนเอง (Self care) ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระดับชุมชน เพื่อเชื่อมกับระบบบริการในสถานบริการแต่ละระดับ
- ระบบการดูแล บำบัด และฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับสถานือนามัย เช่น กายภาพบำบัด

- มาตรฐานการรักษาพยาบาลระดับสถานีนอามัย ในด้านของวิธีการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิผล ควบคู่กับประสิทธิภาพ อย่างเหมาะสม
- การให้สุศึกษาต่อชุมชนและสาธารณะเพื่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

5.4.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

นโยบายด้านการดูแลโรคเรื้อรังที่สถานีนอามัย (Chronic Care at Health Center)

ผลการศึกษาวิจัยนี้ เป็นสิ่งหนึ่งที่สนับสนุนถึงความเป็นไปได้ในการพัฒนาศักยภาพของสถานีนอามัย หรือ ความเป็นไปได้ในการที่จะพัฒนางานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ให้เกิดขึ้นในระดับสถานีนอามัย ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดเป็นนโยบายให้สถานีนอามัย ต้องเรียนรู้ และสามารถที่จะเปิดให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังผสมผสานอย่างเป็นระบบ อาทิ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง วัณโรค โรคเรื้อน เป็นต้น โดยรูปแบบของระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนอามัย สามารถนำมาใช้เป็นจุดเริ่มให้เจ้าหน้าที่สถานีนอามัยได้เรียนรู้รูปแบบหนึ่งของงานบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้เข้าใจกับธรรมชาติวิทยา วิธี approach บัญหารอบด้านของผู้ป่วยและครอบครัวในทุกแง่มุม ไม่ว่าจะเป็นมิติทางด้านเทคนิคบริการที่มีความต่อเนื่องเป็นหัวใจสำคัญ รวมถึงมิติทางด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง อันจะเป็นรากฐานในการฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่สถานีนอามัยเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งเป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยในฐานะของคนไข้ ไม่ใช่ดูแลรักษาเฉพาะแต่โรค โดยละเลยมิติของความเป็มนมนุษย์ (ดังพระราชดำรัสของสมเด็จพระราชบิดา)

นโยบายด้านกรอบบริการที่จำเป็นขั้นพื้นฐานของสถานบริการปฐมภูมิ

(Basic Essential Packages of Activities at Primary Care Unit)

ในอนาคตระบบบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการที่มุ่งหวัง จำเป็นที่จะต้องสร้างความเข้มแข็งแก่จุดที่ให้บริการปฐมภูมิ ดังนั้น งานดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สมควรที่จะจัดเข้าเป็นการให้บริการจำเป็นพื้นฐาน (Basic minimal packages of activities) ชนิดหนึ่ง สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care units) ไม่ว่าจะเป็นที่สถานีนอามัยในเขตชนบท หรือคลินิก ศูนย์แพทย์ชุมชนในเขตเมือง ซึ่งผลจากการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ได้องค์ความรู้ในระดับหนึ่งที่

สามารถนำมาใช้บริหารจัดการเกี่ยวกับ practical knowledge and know-how ในการจัดระบบบริการสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล โดยต้องอาศัยการพัฒนาองค์ความรู้และกลวิธีดำเนินการในทางปฏิบัติที่เหมาะสมต่อไป

นโยบายด้านมาตรฐานและการประกันคุณภาพงานของสถานีนอนามัย
(Standard and Quality Assurance of Services at Health Center)

การจัดทำมาตรฐานการรักษายาบาลโรคความดันโลหิตสูงระดับสถานีนอนามัย เป็นสิ่งสำคัญที่ควรต้องมีการจัดทำ ทั้งนี้ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ควรเป็นผู้กำหนดมาตรฐานเองโดยอิงกับมาตรฐานการบำบัดรักษาของคณะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคสาขาโรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทย เพื่อความเหมาะสมในด้านวิชาการ และด้านการบริหารจัดการ พร้อมกับดำเนินการจัดทำเป็นคู่มือที่มีการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

- เกษม วัฒนชัย. 2532. การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: มิตรสัมพันธ์กราฟฟิคอาร์ต.
- เกษมศรี (แปล). 2532. ความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: เจริญวิทย์การพิมพ์.
- กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2539. สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: องค์การทหารผ่านศึก.
- จริยวัตร คมพาศ์. 2532. ผลของการใช้วิธีการทางการพยาบาลสาธารณสุข ต่อความร่วมมือในการรักษา ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฐิพ ธวัชสุทธิ (เรียบเรียง). 2528. ความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: มีเดียพรีน.
- คณะกรรมการกำหนดมาตรฐานการบำบัดโรคความดันโลหิตสูง. 2538. ข้อมูลประกอบการพิจารณาแนวทางการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ อำเภอห้วยยอด. 2538. คู่มือการดำเนินงานคลินิกความดันโลหิตสูงสำหรับสถานีนอมาัย. ตรัง: โรงพยาบาลห้วยยอด.
- คณะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคสาขาโรคความดันโลหิตสูง. 2533. มาตรฐานการบำบัดรักษาโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- เนาวรัตน์ เข็นสาสน์. 2530. ความดันโลหิตสูง: บำบัดรักษาได้ด้วยศัลยกรรม. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พึงใจ งามอุโฆษ. 2539. "ความดันโลหิตสูง." ใน ตำราอายุรศาสตร์ 2, หน้า 158-171. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พันธ์ทิพ รามสูต และคณะ. 2536. "ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความร่วมมือ ในการปฏิบัติตนตามคั้งแพทย์ และภาวะความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในคลินิก โรงพยาบาลศิริราช". วารสารวิทยาการระบาด. ปีที่ 2 ฉบับที่ 1.
- ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. 2532. "ปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันเลือดสูง." รามาธิบดีเวชสาร. 11 (11): 67-72.

- ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. 2538. "สถานการณ์และการกระจายของภาวะความดันโลหิตในกลุ่มประชาชนทั่วไปของประเทศไทย." การสัมมนาแนวทางในการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง. 18-20 มกราคม 2538 โรงแรมเฟลิทรี ริเวอร์แคว รีสอร์ท กาญจนบุรี. เอกสารอัดสำเนา.
- รังสรรค์ รัตนปราการ. 2536. "การรักษาความดันโลหิตสูง." ใน ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. หน้า 784-810. สมชาติ ใจฉายะ. บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ยูนิตีพับลิเคชั่น.
- โรงพยาบาลพล. 2540. รายงานประจำปี 2540. ขอนแก่น : คลังนาวิทยา.
- ศุภชัย ไชยธีระพันธ์. 2533. "การรักษาภาวะความดันเลือด" วารสารโรคหัวใจ. 3(7): 105-111.
- ศุภชัย ถนอมทรัพย์. 2538. การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงชนิด Pharmacological Treatment. กรุงเทพมหานคร. (เอกสารอัดสำเนา).
- สุรางค์ เบ็ญเดช. 2533. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียด กับความร่วมมือในการรักษา ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์วิทยา ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย. 2534. "การสำรวจปัจจัยเสี่ยง Artheromatous." การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยทั่วประเทศ ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:
- สันต์ หัตถิรัตน์. 2536. มารูจักการวัดความดันด้วยตนเอง. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- สันต์ หัตถิรัตน์ และกำพล ศรีวัฒนกุล. 2537. ยาลดความดัน. กรุงเทพมหานคร:
- สมจิตร หนูเจริญกุล. 2531. การพยาบาลอายุรศาสตร์เล่ม 1. (พิมพ์ครั้งที่ 8) กรุงเทพมหานคร: เอเชียเพรส จำกัด.
- สมชาติ ใจฉายะ และอรรณ สุจิตตานนท์. 2536. "ภาวะความดันเลือด". ใน ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. สมชาติ ใจฉายะ, บุญชอบ พงษ์พานิช, และพันธ์พิษณุ สาครพันธ์ (บรรณาธิการ) กรุงเทพมหานคร: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย.
- อศิน รพีพัฒน์ และคณะ. 2536. การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อการพัฒนา. ขอนแก่น: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุทุมพร จามรมาน. 2531. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณลักษณะ. กรุงเทพมหานคร: ฟีนีพับลิชชิง.

- เอื้อนจิต พลพินิจ และคณะ. 2535. "ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูงในเขตชนบท อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น." วารสารแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย. พฤษภาคม 2535: 259-266.
- Daniels, L.M., and Kochar, M.S. 1979. "What influences adherence to hypertension therapy therapy." *Nursing Forum*, 18, 231-244.
- Foster, S.B., and Nash, D. T. 1990. "Hypertension". *The Nurse's role*, RN. 53 (11): 54-60.
- Gillum, R.F., and Barsky, A.J. 1974. "Diagnosis and management of patients." *Nursing Clinics of North American*, 16: 331-341.
- Hershey, J.C., et al. 1980. "Patient Compliance with antihypertensive medication." *American Journal of Public Health*. 70(10): 1081-1088.
- Houston, M.C. 1986. "Sodium and Hypertension." *Arch intern Med*. 146(1): 179-185.
- Kochar, M.S. and Daniels, L.M. 1978. *Hypertension Control : For Nurse and other Health Professionals*. Saint Louis: The C.V. Mosloy company.
- Kannel, W.B., Castelli, W.P., Mcnamara, P.M., Mekee, P.A., & Feinilaib, M. 1972. "Role of blood pressure in the development of congestive heart failure." *The New England Journal of Medicine*, 287(16): 781-786.
- Luckmann, J. and Sorensen, K.C. *Medical Surgical Nursing: A psychophysiology approach*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Sunders Company, 1978.
- Titchen, A. and Binnine, A. 1993. "Researchpartnership: collaboration action research in nursing." *Journal of Advance Nursing*. 18(6): 858-865.
- Wedd, Ckritine. 1989. "Action Research: phylosophy, medthod and peronal experiences." *Journal of Advance Nursing* 14(5): 403-410.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

รายชื่อคณะนักวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

นพ. สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย นายแพทย์ 8 ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพล

นักวิจัยหลัก

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------|-------------|
| 1. นางมาลินันท์ พิมพ์พิสุทธิพงศ์ | พยาบาลวิชาชีพ 7 | โรงพยาบาลพล |
| 2. นายวีระศักดิ์ สืบเสาะ | นักวิชาการสุขภาพจิต 7 | โรงพยาบาลพล |
| 3. นางสาวภาณุมาศ นาพลเมือง | พยาบาลวิชาชีพ 7 | โรงพยาบาลพล |

นักวิจัยร่วม

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------|
| 1. นางกุศล เหมือนมาตย์ | เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 6 | สอต. โคกสง่า |
| 2. นายบุญทัน สมิน้อย | เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 3 | สอต. โคกสง่า |
| 3. นางจิระนันท์ พลแสง | เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 3 | สอต. ลอมคอม |
| 4. นางกฤษณา ตะภา | เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 3 | สอต. ลอมคอม |
| 5. นางประสงค์ หนองแก | เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 6 | สอต. เพ็กใหญ่ |
| 6. นายอารีย์ เชื้อสวาท | นักวิชาการสาธารณสุข 4 | สอต. เพ็กใหญ่ |
| 7. นายปิยวัฒน์ โพธิ์ชะกะ | เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 3 | สอต. เพ็กใหญ่ |
| 8. นางสมควร ชำนิงาน | เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 6 | สอต. เก่าจั่ว |
| 9. นางสุนิสา เทียมรินทร์ | เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 4 | สอต. เก่าจั่ว |
| 10. นายกิตติศักดิ์ ดั่งบุตรศรี | เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 3 | สอต. เก่าจั่ว |

ผู้ช่วยวิจัย

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------|
| 1. นพ. วิสุทธิพงษ์ พรหมโตตร์ | นายแพทย์ 5 | โรงพยาบาลพล |
| 2. นางสุนันทา ธรรมศิริ | พยาบาลวิชาชีพ 6 | โรงพยาบาลพล |
| 3. นางสาวนิราพร นาซิน | พยาบาลวิชาชีพ 4 | โรงพยาบาลพล |
| 4. นางสมภักดิ์ ผาปริญญา | พยาบาลวิชาชีพ 6 | โรงพยาบาลพล |
| 5. นางภัทรา จันทรโสภา | เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 4 | โรงพยาบาลพล |

ที่ปรึกษาโครงการวิจัย

ศาสตราจารย์ นพ. ปิยทัศน์ ทัศนาวินันต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ภาคผนวก ข.

แบบสอบถามโครงการวิจัยเรื่อง
การวิจัยและพัฒนากระบวนการบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนอนามัยตำบล
อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: ให้เติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง และให้ใส่
เครื่องหมาย ถูก (✓) ในช่องคำตอบที่เหมาะสมที่สุด

ID

สำหรับนักวิจัย

[] [] 1-2

1. ชื่อ.....สกุล.....บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

[] 3

2. เพศ [] 1. ชาย [] 2. หญิง

[] 4

3. อายุ.....ปี

[] 5-6

5. อาชีพ

- [] 1. รับราชการ [] 4. รัฐวิสาหกิจ
[] 2. ค้าขาย [] 5. เกษตรกรรม
[] 3. รับจ้าง [] 6. อื่น ๆ ระบุ.....

[] 7

6. สถานภาพ

- [] 1. โสด [] 4. แต่งงานแล้วอยู่ด้วยกัน
[] 2. แต่งงานแล้วแยกกันอยู่ [] 5. หม้าย
[] 3. หย่า [] 6. อื่น ๆ ระบุ.....

[] 8

7. ระดับการศึกษา

- [] 1. ไม่ได้รับการศึกษา [] 4.ปริญญาตรี
[] 2. มัธยมศึกษา [] 5. อื่นๆ ระบุ.....
[] 3. ประถมศึกษา

[] 9

8. นับถือศาสนา

- | | | |
|---|--|-----------------------------|
| ☐ 1. ศาสนาพุทธ | ☐ 3. ศาสนาอิสลาม | ☐ 10 |
| ☐ 2. ศาสนาคริสต์ | ☐ 4. อื่น ๆ ระบุ..... | |

9. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน..... บาท

[] [] [] []

11-14

10. ผู้ออกค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

- | | |
|---|-----------------------------|
| ☐ 1. ผู้ป่วยหรือครอบครัวเอง | ☐ 15 |
| ☐ 2. บัตรสงเคราะห์ | |
| ☐ 3. บัตรสุขภาพ | |
| ☐ 4. บัตรสูงอายุ | |
| ☐ 5. เบิกจากส่วนราชการต้นสังกัด หรือบริษัท | |
| ☐ 6. อื่น ๆ ระบุ..... | |

6. ผลการวัดความดันโลหิต แขนขวา โดยให้อยู่ในท่านั่งพักผ่อน

เป็นเวลา 5 นาที ถ้าความดันโลหิตสูงกว่า 160/95 มม.ปรอท

ให้ทำการวัดซ้ำครั้งที่ 2 หลังจากวัดครั้งแรก 10 นาที

- | | | |
|-------------------------------------|-----------|-------------|
| 1. ค่าความดันตัวบน ครั้งที่ 1 | มม. ปรอท. | [] [] [] |
|-------------------------------------|-----------|-------------|

16-18

- | | | |
|-------------------------------------|----------|-------------|
| 2. ค่าความดันตัวบน ครั้งที่ 2 | มม. ปรอท | [] [] [] |
|-------------------------------------|----------|-------------|

19-21

- | | | |
|---------------------------------------|-----------|-------------|
| 3. ค่าความดันตัวล่าง ครั้งที่ 1 | มม. ปรอท. | [] [] [] |
|---------------------------------------|-----------|-------------|

22-24

- | | | |
|---------------------------------------|----------|-------------|
| 4. ค่าความดันตัวล่าง ครั้งที่ 2 | มม. ปรอท | [] [] [] |
|---------------------------------------|----------|-------------|

25-27

- | | | |
|---------------------------------|----------|-------------|
| 5. ค่าเฉลี่ย ความดันตัวบน | มม. ปรอท | [] [] [] |
|---------------------------------|----------|-------------|

28-30

- | | | |
|-----------------------------------|----------|-------------|
| 7. ค่าเฉลี่ย ความดันตัวล่าง | มม. ปรอท | [] [] [] |
|-----------------------------------|----------|-------------|

31-33

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง : อ่านข้อความในตารางข้างล่างทีละข้อ มีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบ คือ มากที่สุด

มาก ปานกลาง น้อย โดยให้เขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ลำดับ ที่	ข้อความ	ความคิดเห็น				สำหรับ นักวิจัย
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	
1.	ในครอบครัวที่พ่อแม่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง ลูกๆ มักจะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงด้วย					[] 34
2.	ผู้ป่วยที่ปวดศีรษะบ่อยๆ คือผู้ป่วยความดันโลหิตสูง					[] 35
3.	การรับประทานอาหารที่มีไขมันมากๆ จะทำให้ไขมันในเส้นเลือดสูงและมีผลทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงที่หัวใจตีบ					[] 36
4.	ความดันโลหิตสูงที่รุนแรงและถาวรทำให้ตาบอดได้					[] 37
5.	ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะแรก มักจะไม่รู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากอาการไม่ชัดเจน					[] 38
6.	การโมโห อุนเจียว มีผลทำให้ความดันโลหิตสูง					[] 39
7.	การรับประทานอาหารเค็มจัด ทำให้ไตต้องทำงานมากกว่าปกติ					[] 40
8.	การควบคุมน้ำหนักมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง					[] 41
9.	การสูบบุหรี่มีอันตรายต่อคนที่มีความดันโลหิตสูง					[] 42

ลำดับ ที่	ข้อความ	ความคิดเห็น				สำหรับ นักวิจัย
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	
10.	การออกกำลังกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความดันโลหิตลดลงได้					[] 43
11.	คนที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไปมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนอายุน้อย					[] 44
12.	ถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่นาน ๆ จะทำให้เส้นเลือดในสมองแตกได้					[] 45
13.	คนที่มีความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นโรคหัวใจได้ง่าย					[] 46
14.	ภาวะความดันโลหิตสูงมีผลทำให้การทำงานของไตเสื่อม					[] 47
15.	ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงถึงแม้จะไม่แสดงอาการผิดปกติแต่จะมีการทำงานอวัยวะที่สำคัญของร่างกายได้					[] 48
16.	ถ้ามีความดันโลหิตสูงนาน ๆ แล้วไม่รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาจมีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบางส่วนตายได้					[] 49
17.	ถ้าเส้นเลือดในสมองแตกหรืออุดตัน อาจทำให้เป็นอัมพาต หรือตายอย่างกะทันหันได้					[] 50
18.	การรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้					[] 51
19.	ความสำเร็จของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติที่เหมาะสมของผู้ป่วย					[] 52

ลำดับ ที่	ข้อความ	ความคิดเห็น				สำหรับ นักวิจัย
		มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	
20.	การผ่อนคลายความเครียดจะทำให้ความดันโลหิตสูงลดลงได้					[] 53
21.	การรับประทานอาหารเสริมจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้					[] 54
22.	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อ้วน การลดน้ำหนักช่วยให้ความดันโลหิตลดลงได้					[] 55
23.	ถ้ารักษาความดันโลหิตสูงจนความดันลดลงแล้วไม่จำเป็นต้องมาตามแพทย์นัด					[] 56

ภาคผนวก ค.

แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
3. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการให้บริการ และการมารับบริการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่สถานีนอนามัยตำบล
4. เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับการมารับบริการที่สถานีนอนามัยตำบล

แนวคำถาม

1. ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.1 ท่านเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอย่างไร ?
 - 1.2 โรคความดันโลหิตสูง เกิดจากสาเหตุใด ?
 - 1.3 โรคความดันโลหิตสูง มีอาการและอาการแสดงอย่างไร ?
 - 1.4 เพราะเหตุใดเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว จึงต้องรับการรักษา ?
 - 1.5 เพราะเหตุใดจึงต้องใช้เวลาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ?
 - 1.6 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรปฏิบัติตัวอย่างไร เกี่ยวกับการรับประทานยา
 - 1.7 การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และการปฏิบัติตัวด้านอื่นๆ ?
2. ทัศนคติและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
 - 2.1 ท่านทราบได้อย่างไรว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ?
 - 2.2 ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อทราบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง ?
 - 2.3 เมื่อท่านทราบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง ท่านไปรักษาที่ใดบ้าง เพราะเหตุใด ?
 - 2.4 ท่านคิดว่าการรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยการรับประทานยา จะหายขาดหรือไม่ ?

- 2.5 ปัจจุบันท่านปฏิบัติตัวอย่างใดเกี่ยวกับการรับประทานยา
การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และการปฏิบัติตัวด้านอื่นๆ ?
3. ความรู้เกี่ยวกับการให้บริการ และการมารับบริการที่สถานีนอนามัยตำบล
- 3.1 ท่านคิดว่าสถานีนอนามัยตำบล ให้บริการอะไรบ้าง ?
- 3.2 สถานีนอนามัยตำบลเปิดบริการตั้งแต่เวลาเท่าไร? ถึงเวลาเท่าไร ?
- 3.3 ในแต่ละวันตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ สถานีนอนามัยให้บริการอย่างไรบ้าง
- 3.4 ท่านเคยมารับบริการอะไรบ้างที่สถานีนอนามัย ? เพราะเหตุใด ?
4. ความต้องการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเมื่อมารับบริการ ที่สถานีนอนามัยตำบล ?
- 4.1 การให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนอนามัยปัจจุบันเป็นอย่างไร
- 4.2 ท่านอยากให้สถานีนอนามัยปรับปรุงการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
อย่างไรบ้าง ? เพราะเหตุใด ?

ภาคผนวก ง.

แนวคำถามอาการที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมารับการรักษาในแต่ละครั้ง และอาการข้างเคียงของยา

อาการที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมารับบริการ

แนวคำถาม

1. อาการปวดศีรษะ
 - ลักษณะการปวดจะปวดเวลาตื่นนอนตอนเช้า ปวดบริเวณท้ายทอย 2-3 ชั่วโมง
หลังตื่นนอนจะหาย
2. อาการเดินโยกเขยัก เดินขากระเผลก
3. หัวใจเต้นเร็ว จนรู้สึกได้ชัด
4. ซึมเศร้า
5. วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน
6. แขนขา อ่อนแรง
7. ตาพร่ามัว
8. เจ็บหน้าอก
9. นอนราบไม่ได้
10. หายใจไม่อิ่ม
11. เป็นตะคริว
12. ปัสสาวะรดที่นอน
13. ความไร้สมรรถภาพทางเพศ

อาการข้างเคียงของยา

HCTZ

อาการข้างเคียงของยา HCTZ

- Hypokalemia
- Hyperuricemia
- Dizziness

- Tiredness
- Consious changes

แนวคำถาม

1. มีอาการปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ
2. แขน ขา อ่อนแรง
3. กล้ามเนื้อเกร็ง
4. หัวใจเต้นเร็ว
5. ตะคริว
6. ปัสสาวะรดที่นอน
7. ชี้นิ้ว
8. ง่วงซึม
9. ปวดข้อ (ทำให้คนที่มีอาการโรคเก๊าท์อยู่แล้วเป็นง่ายขึ้น)
10. พุดจาละสน

Aldomet (Methyldopa)

อาการข้างเคียงของยา Aldomet

- คลื่นไส้ อาเจียน
- ง่วงนอน
- ผื่นคัน
- บวม
- น้ำหนักเพิ่ม
- ปากแห้ง
- ปวดท้อง
- มีอาการวิงเวียนในช่วงเปลี่ยนท่าจากนอนหรือนั่งเป็นยืน

หมายเหตุ : ถ้าซักประวัติแล้วผู้ป่วยมีอาการผิดปกติตามที่ถูกลถาม ส่องพบแพทย์เพื่อ
ตรวจยืนยัน

แนวคำถามเพิ่มสำหรับค่าใช้จ่ายอื่น ๆ

ลำดับ	รายการ	ค่าใช้จ่าย (บาท)	สำหรับนักวิจัย
	1. ค่ารถ ในกรณีไปรับการรักษา 1 คน 1.1 นั่งรถรับจ้าง (มอเตอร์ไซด์) 1.2 นั่งรถสามล้อรับจ้าง 1.3 นั่งรถโดยสารประจำทาง 1.4 รถส่วนตัว (ค่าน้ำมัน) 1.5 อื่น ๆ		
	2. ค่ารถ ในกรณีมีญาติพามารักษา 2.1 นั่งรถรับจ้าง (มอเตอร์ไซด์) 2.2 นั่งรถสามล้อรับจ้าง 2.3 นั่งรถโดยสารประจำทาง 2.4 รถส่วนตัว (ค่าน้ำมัน)		
	3. ค่าอาหาร 3.1 ค่าใช้จ่ายในการรับประทานอาหาร ในการมารับบริการ (กรณี 1 คน) 3.2 ค่าใช้จ่ายในการรับประทานอาหารในการมารับบริการ (กรณี 2 คน)		
	4. ค่าเสียเวลา 4.1 ค่าแรงงานที่เสียไปในการมารับบริการ (กรณี 1 คน) 4.2 ค่าแรงงานที่เสียไปในการมารับบริการ (กรณี 2 คน)		

เลขที่ FF....

บัตรปฏิบัติการ บันทึกการรักษาโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพล

แผ่นที่...

☐ ชาย	ชื่อ	อายุ	ที่อยู่	HT No.
☐ หญิง	อาชีพ	สิทธิการรักษา		HN.

สรุปประวัติการเจ็บป่วย

การวินิจฉัยโรค	วคป.	อาการนำ	วคป.	สถานบริการ	การดูแลรักษาที่สำคัญ

อาการนำ ผลการตรวจเมื่อแรกรับ	ประวัติการรักษาในอดีต	ประวัติปัญหาสุขภาพในครอบครัว	โรคประจำตัว/การแพ้ยา

บันทึกการติดตามรักษา

วคป.	รายการ	วันนัด	จำนวน เม็ดยา	จำนวน เม็ดยา ที่เหลือ	การดำเนิน โรค		ค่ายา/ บริการ	ค่าใช้จ่าย อื่นๆ	ผล ข้างเคียง ของยา	ภาวะ แทรก ซ้อน	หมายเหตุ
					BP	BW					

โครงการวิจัยและพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีอนามัย
โรงพยาบาลพล อำเภอพล ขอนแก่น



สนับสนุนโดย

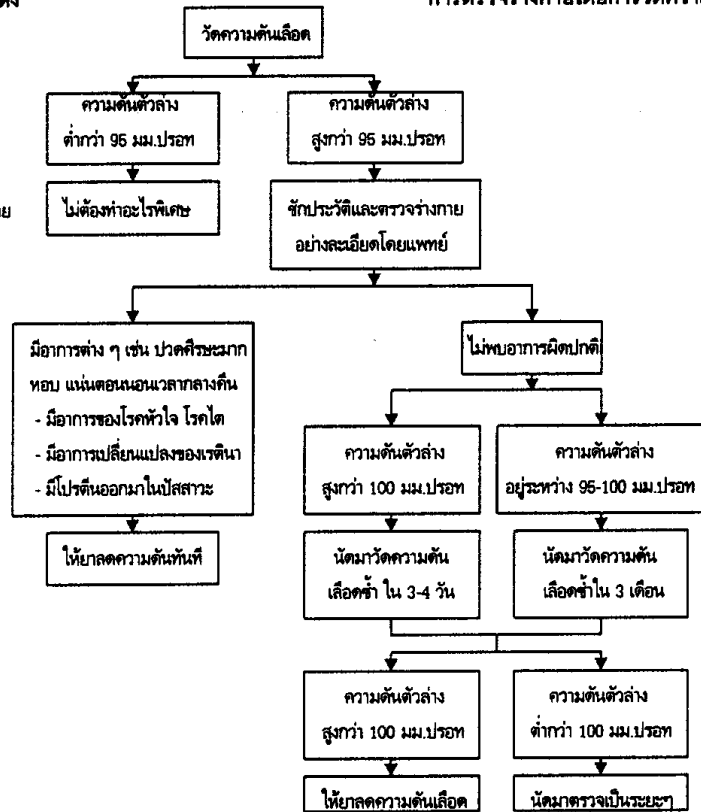
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และ
โครงการสนับสนุนทางวิชาการด้านการวิจัย เพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุข
พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ภาคผนวก จ.
แผนภูมิแสดงการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
การวินิจฉัยผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

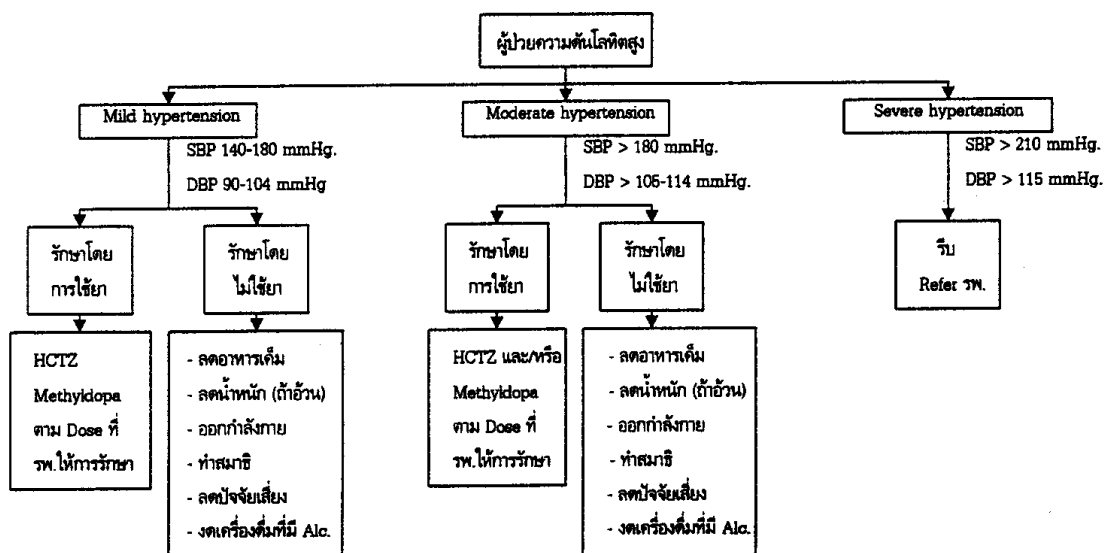
การซักประวัติเสี่ยง อาการและอาการแสดง

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - อายุ > 40 ปี - อ้วน - การมีพันธุ - มีภาวะเครียดบ่อย - ไม่ออกกำลังกาย - มีโรคประจำตัว <p>เช่น โรคไต, โรคหัวใจ, โรคไต</p> | <ul style="list-style-type: none"> - ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย - อ่อนเพลีย - ใจสั่น - ตาพร่า ตามัว - คลื่นไส้ อาเจียน - นอนไม่หลับ กระวนกระวาย - แขน ขา ไม่มีแรง - มีเลือดกำเดาออก |
|---|--|

การตรวจร่างกายโดยการวัดความดันโลหิต



การรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง



โครงการวิจัยและพัฒนากระบวนการบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนามมัย
 โรงพยาบาลพล อำเภอพล ขอนแก่น



สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และ
 โครงการสนับสนุนทางวิชาการด้านการวิจัย เพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุข
 พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

อาการที่ควรนำส่งโรงพยาบาล

- | | | |
|-------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| 1. ใจสั่นเจ็บแน่นหน้าอก | 2. อาเจียน ปวดศีรษะรุนแรง | 7. ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ |
| 3. นอนราบไม่ได้ | 4. แขน ขา อ่อนแรง | |
| 5. เป็นอัมพาต | 6. มือ เท้า บวม | |

หมายเหตุ การรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงด้วยยาทุกราย หากมีปัญหา เรื่องการควบคุมความดันโลหิตควร Refer รพ.ทุกราย
ไม่ควรปรับขนาดของยาเอง

โครงการวิจัยและพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนอนมัย
โรงพยาบาลพล อำเภอพล ขอนแก่น



สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และ
โครงการสนับสนุนทางวิชาการด้านการวิจัย เพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุข
พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ภาคผนวก ข.

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

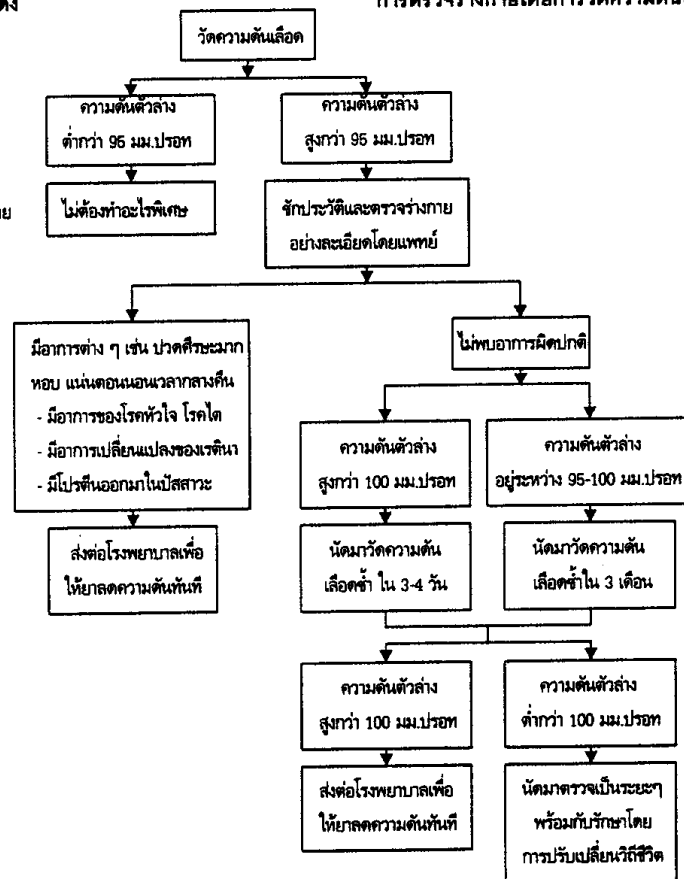
สรุปแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสำหรับสถานีนามัยดังแผนภูมิข้างล่างนี้ อย่างไรก็ตามสำหรับแนวทางมาตรฐานในรายละเอียดสำหรับประเทศไทยใช้เกณฑ์ตาม JNC-V (ซึ่งสามารถหาศึกษาเพิ่มเติมได้ในคู่มืออ้างอิงฯ)

การวินิจฉัยผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การซักประวัติเสี่ยง อาการและอาการแสดง

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - อายุ > 40 ปี - อ้วน - กรรมพันธุ์ - มีภาวะเครียดบ่อย - ไม่ออกกำลังกาย - มีโรคประจำตัว เช่น โรคต่อมไร้ท่อ หัวใจ ,โรคไต | <ul style="list-style-type: none"> - ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย - อ่อนเพลีย - ใจสั่น - ตาพร่า ตามัว - คลื่นไส้ อาเจียน - นอนไม่หลับ กระวนกระวาย - แขน ขา ไม่มีแรง - มีเลือดกำเดาออก |
|--|--|

การตรวจร่างกายโดยการวัดความดันโลหิต



โครงการวิจัยและพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนามัย
โรงพยาบาลพล อำเภอพล ขอนแก่น



สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และ
โครงการสนับสนุนทางวิชาการด้านการวิจัย เพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุข
พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ภาคผนวก ข.
แผนภูมิการดูแลตนเองที่บ้านสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและครอบครัว

การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง จุดมุ่งหมาย: ต้องลดความดันโลหิตจนปกติอย่างต่อเนื่อง เพื่อหยุดยั้งหรือชะลอพยาธิสภาพที่จะเกิดขึ้น	เมื่อเกิดอาการผิดปกติ	
	อาการ	การแก้ไขและปฏิบัติตน
● การรักษาโดยไม่ใช้ยา หรือ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต - ลดอาหารรสเค็ม หรือที่มีเกลือปน - ลดหรือควบคุมน้ำหนัก - ออกกำลังกายสม่ำเสมอ - ทำสมาธิ ให้มีจิตใจแจ่มใส ร่าเริง - ลดปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะบุหรี่ ● การรักษาโดยใช้ยา - ต้องทานยาอย่างสม่ำเสมอ และ ต่อเนื่อง - ไม่ทานยาเฉพาะเมื่อมีอาการ หรือหยุดรักษาเอง - เมื่อมีอาการจากผลข้างเคียงของยา เช่น ปวดศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ... ให้ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือแพทย์ ทันที	1. ปวดศีรษะ วิงเวียน ตาพร่ามัว ปวดต้นคอ คลื่นไส้ อาเจียน	1. หยุดทำงานทันที 2. นอนพัก 3. วัดความดันโลหิตที่สถานบริการใกล้บ้าน หรือศูนย์ ศสมช. แล้วบันทึกไว้ หากความดันปกติ ทานยาพาราเซตามอล 4. ถ้าอาการไม่ดีขึ้น หรือวัดความดันตัวล่างสูงกว่า 130 มม.ปรอท ให้ไปพบแพทย์ทันที
	2. ถ้ามีอาการเจ็บหน้าอก จนมีอาการหน้ามืด เหงื่อแตก ตัวเย็น	1. นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันที
	3. เหนื่อยง่าย มือ เท้า บวม นอนราบไม่ได้	1. นอนพัก 2. วัดความดันโลหิตที่สถานบริการใกล้บ้าน 3. ตรวจสอบว่า รับประทานยาถูกต้องหรือไม่ ทานอาหารที่เค็มหรือมีเกลือมากหรือไม่ ถ้าเหนื่อยมากควรนำส่งโรงพยาบาลทันที
	4. แขน ขา อ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเบี้ยว	1. รีบนำส่งโรงพยาบาล

โครงการวิจัยและพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีอนามัย
โรงพยาบาลพล อำเภอพล ขอนแก่น



สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และ
โครงการสนับสนุนทางการวิจัย เพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุข
พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ภาคผนวก ข.
แผนภูมิการดูแลตนเองที่บ้านสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและครอบครัว

อาการ	การแก้ไขและปฏิบัติตน	อาการ	การแก้ไขและปฏิบัติตน
1. ปวดศีรษะ วิงเวียน มีอาการตาพร่า มัว ปวดต้นคอ คลื่นไส้ อาเจียน	5. หยุดทำงานทันที 6. นอนพัก 7. วัดความดันโลหิตที่สถานบริการใกล้บ้าน หรือศูนย์ ศสมร. แล้วบันทึกไว้ หากความดันปกติ ทานยา พาราเซตามอล 8. ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ไปพบแพทย์	3. เหนื่อยง่าย มือ เท้า บวม นอนราบ ไม่ได้	4. นอนพัก 5. วัดความดันโลหิตที่สถานบริการใกล้บ้าน 6. ตรวจสอบว่า รับประทานยาถูกต้องหรือไม่ ทาน อาหารที่เค็มหรือมีเกลือมากหรือไม่ 7. ถ้าเหนื่อยมากควรนำส่งโรงพยาบาลทันที

โครงการวิจัยและพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีนามัส
โรงพยาบาลพล อำเภอพล ขอนแก่น




 สนับสนุนโดย
 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และ
 โครงการสนับสนุนทางด้านการวิจัย เพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุข
 พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ